POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

N. GĄSIOROWSKI i E. MIKULASZEK. Lwów.

Wywoływacz resztkowy a wstrząs anafilaktyczny ze szczególnem uwzględnieniem grupy otoczkowców.

Z Państwowego Zakładu Higjeny Filja we Lwowie.
Kierownik: Prof. Dr. N. Gąsiorowski.

Badania Tomcsika i Kurotchkina ogłoszone w r. 1928 rzucają nowe światło na mechanizm powstawania odczynu anafilaktycznego. Jako pierwsi stwierdzają, że świnka morska, biernie uczulona wysokowartościową surowicą królika uodpornionego szczepem *aerogenes*, Friedländera, lub drożdży, ginie wśród typowych objawów wstrząsu anafilaktycznego w kilka minut po dożylnem wstrzyknięciu homologicznego antygenu resztkowego.

Wbrew więc dotychczasowemu mniemaniu, nietylko substancja o budowie białkowej, lecz również wielocukier może w uczulonym ustroju wywołać wstrząs anafilaktyczny o charakterze swoistym. Ponieważ wielocukier jako hapten nie posiada własności anafilaktogenu, Tomcsik i Kurotchkin przyjmują, że w pełnowartościowym wywoływaczu istnieje frakcja uczulająca i wywołująca wstrząs anafilaktyczny, jako odrębne części składowe.

Nowe te spostrzeżenia znachodzą potwierdzenie w dotychczasowych pracach nad zachowaniem się wywoływaczy resztkowych otrzymanych z paciorkowca hemolitycznego, dwoinki pneumokokowej, starej tuberkuliny, pałeczki Friedländera i lasecznika wąglika (Lancefield, Avery-Tillet, Enders, Tomcsik, Przesmycki-Zeki).

Wszyscy autorowie podają zgodnie, że odczyn jest swoisty, przebieg wstrząsu i obraz sekcyjny identyczny, jaki daje anafilaksja białkowa. Wywoływacz resztkowy, jako hapten, nie wytwarza ciał odpornościowych i nie uczula, a zawarta w nim resztka azotu nie jest już białkiem, skoro trypsyna nie zmienia miana jego, a wszystkie odczyny na białko wypadają ujemnie. Zresztą i ta wątpliwość odpada już dzisiaj, ponieważ Avery i Tillet z hodowli pneumokokowej, a Przesmycki i Zek z pałeczek Friedländera otrzymali już wielocukier niezawierający N, który u świnki morskiej uczulonej biernie wywołuje również swoisty wstrząs anafilaktyczny.

Do naszych doświadczeń — rozpoczętych w r. 1928 — użyliśmy na razie 6 wywoływaczy resztkowych i 16 odpornościowych surowic króliczych, otrzymanych z hodowli drożdży *(saccharomyces cerevisiae)* oraz ze szczepów otoczkowych, których biochemiczne własności przedstawia tablica I.

Wszystkie wywoływacze, a mianowicie: ze śluzowego szczepu twardzieli, Friedländera, ozeny, z otoczkowego szczepu 123 (biochemicznie i serologicznie różniącego się od poprzednich), aërogenes i drożdży, otrzymane metodą Avery-Goebel-Heidelbergera[1]) przedstawiają się jako ciała bezpostaciowe, rozpuszczalne w wodzie, a nierozpuszczalne w alkoholu, eterze, chloroformie i acetonie. Roztwór wodny jest zupełnie przejrzysty, w stanie stężonym barwy żółtej. Odczyny proteinowe w żadnym z nich nie wykazały obecności ciał białkowych; odczyn biuretowy ujemny; dopiero po 4 godzinnej hydrolizie w 2,5% kwasie solnym odczyn Fehlinga wypadał dodatnio.

Ilość azotu oznaczona kolorometryczną metodą Folina i ciał redukujących obliczonych metodą Folin-Wu'a jako glukoza przedstawia się następująco:

wywoływacz twierdzielowy — N 0,4%, ciał redukujących jako glukoza 45%,
wywoływacz Friedländera — N 0,5% ciał redukujących jako glukoza 72%,
wywoływacz ozeny — N 0,7%, ciał redukujących jako glukoza 60%,
wywoływacz szczepu 123 — N 0,6%, ciał redukujących jako glukoza 78%,
wywoływacz aërogenes — N 0,5%, ciał redukujących jako glukoza 76%,
wywoływacz drożdżowy — N 0,3%, ciał redukujących jako glukoza 80%.

Chemicznie więc nasze wywoływacze resztkowe odpowiadają wielocukrom. Wstrzyknięte śwince morskiej dożylnie od 1,0—5,0 mg wszystkie zachowują się zupełnie atoksycznie.

Ze starszych, bezśluzowych hodowli twardzieli, zawierających już tylko pałeczki bez charakterystycznej otoczki, nie udało się zapomocą opisanej metody otrzymać wywoływacza resztkowego.

Do biernego uczulania świnek morskich używaliśmy następujących odpornościowych surowic króliczych: 7 ze śluzowego szczepu twardzielowego, po 2 z otoczkowego szczepu Friedländera i 123, 1 ze szczepu aërogenes i 3 drożdżowe. Dodatnie odczyny serologiczne dawały one tylko z homologicznemi wywoływaczami resztkowemi. Zależnie od surowicy precypitacja jako próba pierścieniowa wypadała bardzo wyraźnie z wywoływaczem resztkowym w rozcieńczeniu od 1/10.000 do 1/1.000.000, a zupełne odchylenie dopełniacza w rozcieńczeniu od 1/1,000.000 — 1/10.000.000.

Obok powyżej wymienionych 15 surowic w zakres naszych doświadczeń wchodzi jeszcze jedna surowica otrzymana z królika uodparnianego szczepem twardzielowym, który drogą przeszczepień przybrał formę bezotoczkową. Surowica ta dawała silny odczyn dodatni wiązania dopełniacza z bezśluzowym, słabszy ze śluzowym szczepem twardzieli, natomiast zachowywała się zupełnie biernie wobec twardzielowego wywoływacza resztkowego, nie dając z nim ani odczynu strącania, ani wiązania dopełniacza.

Bieg wszystkich doświadczeń przedstawia się następująco: świnki morskie wagi 250—300 g uczulano wstrzykując śródotrzewnowo 2,5 ccm odpornościowej surowicy z królika; po 24 godz. wprowadzano dożylnie w 1 ccm. roztworu rozmaite dawki wywoływaczy resztkowych, począwszy od 1 mg jako najwyższej, względnie 1 ccm zawiesiny 24 godzinnej hodowli zawierającej połowę hodowli agaru skośnego.

Wyniki doświadczeń wykonanych naprzemian z rozmaitemi surowicami odpornościowemi i wywoływaczami resztkowemi podane są w tablicy II.

Wśród 87 świnek morskich, biernie uczulonych wstrząs anafilaktyczny występował tylko po wstrzyknięciu homologicznego antygenu resztkowego, jako dawki wywołującej; doświadczenia z wszystkiemi wywoływaczami heterologicznemi wypadały zawsze ujemnie, bez najmniejszego śladu odczynu. Działanie więc wywoływaczy resztkowych na świnki morskie uczulone

[1]) Hodowle na zwykłym agarze spłukuje się wodą destylowaną, a po zabiciu drobnoustrojów po 1/2 godzinnem pozostawieniu zawiesiny w autoklawie przy 114° C. poddaje się ją działaniu trypsyny przez 24 godzin przy 37° C. Po słabem zakwaszeniu kw. octowym, pozostawia się w parze bieżącej przez 15 minut; mieszaninę zawierającą obfite straty przesączyć kilkakrotnie przez bibułę, aż do uzyskania czystego płynu, który nie daje już żadnego z odczynów proteinowych. Po dodaniu podwójnej objętości alkoholu etylowego 96% opada dość obfity osad kłaczkowaty: po odwirowaniu osad rozpuścić w małej ilości wody przekroplonej, zalkalizować ługiem sodowym i wytrącić powtórnie alkoholem. W ten sposób postępuje się kilkakrotnie strącając naprzemian w odczynie kwaśnym i zasadowym. Poraz ostatni wytrącić w odczynie obojętnym, a odwirowany osad osuszyć. Substancja ta zawiera dość znaczne ilości ciał nieorganicznych. Analiza popiołu wykazuje obecność soli wapniowych w przeważającej ilości Dla dalszego oczyszczenia użyto djalizy przez błony zwierzęce. Po 24 godzinach otrzymało się ślad popiołu, w którym już tylko zapomocą reakcji mikrochemicznych można było wykazać jeszcze obecność wapnia w formie kryształków gipsu po dodaniu 25% kw. siarkowego.

Roczyn wodny substancji otrzymanej z hodowli twardzielowej nawet po djalizie nie jest jeszcze zupełnie przejrzysty, przypominając roztwór koloidalny; po dłuższem gotowaniu powstaje kłaczkowaty osad nierozpuszczalny w wodzie, a rozpuszczający się w alkoholu, równocześnie płyn się wyjaśnia. Osad jest nieczynny w odczynie wiązania dopełniacza; przesącz przedstawia się obecnie jako płyn przejrzysty, barwy blado-żółtej, z którego zapomocą alkoholu dodanego w podwójnej objętości strącał się wywoływacz resztkowy, posiadający graniczny stopień oczyszczenia, jaki udało się uzyskać.

Tablica I.

Szczep	Fermentacje cukru										Rozpuszczenie żelatyny	Indol	Voges Proskauer	Redukcje azotanu	PH w 1% wodzie peptonow. po 10 dniach
	gron.		mlek.		trzcin.		słodow.		mann.						
	k.	g.	k.	g.	k.	g.	k.	g.	k.	g.					
Twardziel	+	−	−	−	+	−	+	−	+	−	−	−	−	+	7·7
Friedländer	+	+	+	−	+	+	+	+	+	+	−	−	−	+	7·5
Ozena	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	−	−	−	−	6·5
Szczep 123	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	−	−	−	+	7·5
Aërogenes	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	−	−	+	+	6·15

k = kwaśna, g = gazowa

Tabliea II.

Surowice	Wywoływacz resztkowy												Liczba świnek morskich
	twardzielowy		Friedländera		ozeny		szczepu 123		aërogenes		drożdży		
	dawka w mg.	wstrząs	dawka w mg.	wstrząs	dawka w mg.	wstrząs	dawka w mg.	wstrząs	dawka w mg.	wstrząs	dawka w mg.	wstrząs	
7. twardzielowych	1·0—0·05	+	1·0	0	1.0	0	1·0	0	1·0	0	1·0	0	38
2. Friedländera	1·0	0	1·0—0.5	+	1.0	0	1·0	0	1·0	0	1·0	0	12
2. Nr. 123	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0—0·5	+	1·0	0	1·0	0	10
1. aërogenes	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0—0·1	+	1·0	0	8
3. drożdżowe	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0	0	1·0—0·1	+	19
													87

+ = wstrząs śmiertelny lub silny, 0 = zupełny brak wstrząsu

Tablica III.

Surowica	Miano		Wstrząs anafilaktyczny z wywoływaczem resztkowym w mg.		
	strącania	wiązania dopełniacza	śmiertelny	silny	zaznaczony
twardzielowa I	1/1,000.000	1/10,000.000	0·1	0·05	0·01
„ II	1/1,000.000	1/4.000.000	0·5	0·1	0·05
„ III	1/500.000	1/8,000.000	0·5	0·25	—
„ IV	1/500 000	1/4,000.000	0·5	0·1	0·05
„ V	1/500.000	1/1,000.000	0 5	0·1	—
„ VI	1/250.000	1/1,000.000	1 0	0·5	0·1
„ VII	1/250.000 *	1/2,000.000**	—	—	1·0
Friedländera I	1/250 000	1/5,000 000	0·5	—	0·1
„ II	1/250 000	1/1,000.000	1 0	0·5	0·1
ze szczepu 123 I	1/100 000	1/2,000.000	—	1·0	0·5
„ II	1/100.000	1/1,000.000	—	1·0	0·5
ze szczepu aërogenes	1/250.000	1/8,000.000	0·1	0·05	0·01
drożdżowa I	1/500.000	1/10,000.000	0·5	0·1	0·05
„ II	1/250.000	1/5,000.000	1.0	0·5	0·25
„ III	1/100.000	1/500.000	—	—	1·0

* odczyn strącenia słaby. ** we wszystkich rozcieńczeniach niezupełny (++)

Uwaga: Z wszystkiemi heterologicznemi wywoływaczami resztkowemi odczyn strącania w rozcieńczeniu 1/1.000 wypadał ujemnie; odczyn wiązania dopełniacza wypadał dodatnio najwyżej w rozcieńczeniu od 1/1000 do 1/10.000.

odpornościową surowicą królika posiada charakter wybitnie swoisty.

Wysokość minimalnej dawki antygenu resztkowego, potrzebnej do wywołania śmiertelnego wstrząsu w doświadczeniach naszych waha się w granicach 1,0—0,1 mg, dla wywołania zaś silnego wstrząsu przemijającego 1,0—0,05 mg. Wobec tych samych warunków, w jakich każde doświadczenie przebiegało, powodem ilościowych różnic w dawkach potrzebnych do wywołania wstrząsu może być tylko silniejszy względnie słabszy stopień uczulenia zwierzęcia.

Z porównania 15 surowic odpornościowych wynika zgodnie, że tylko te surowice silnie uczulały świnkę morską, z któremi równocześnie roztwór homologicznego wywoływacza resztkowego dawał dodatnie odczyny serologiczne w wysokich rozcieńczeniach, mianowicie: odczyn precypitacji w rozcieńczeniu od 1/100.000, a zupełnie odchylenie dopełniacza w rozcieńczeniu od 1/1,000.000. Zawartość więc precypityn i dwuchwytników w surowicy uczulającej pozostaje w prostym stosunku do stopnia uczulenia, czego miarą jest ilość antygenu resztkowego potrzebna do wywołania wstrząsu. Im miano precypitacji i wiązania dopełniacza jest wyższe, tem niższą staje się minimalna dawka wywoływacza resztkowego wstrząs wywołująca. (tabl. III).

Na uwagę zasługuje zachowanie się surowicy królika uodparnianego bezotoczkowym szczepem twardzielowym. U świnek morskich (6) uczulonych tą surowicą nie można było zauważyć ani śladu odczynu po dożylnem wstrzyknięciu 1,0 mg twardzielowego wywoływacza resztkowego lub 1 ccm zawiesiny twardzielowego szczepu śluzowego, natomiast po wstrzyknięciu 1 ccm zawiesiny z twardzielowej hodowli bezśluzowej stwierdzaliśmy silny wstrząs anafilaktyczny. Szczep więc bezotoczkowy, z którego nie można już otrzymać wywoływacza resztkowego, użyty jako antygen nie wytwarza zupełnie precypityn, dwuchwytników ani niwecznika anafilaktycznego odpowiadającego twardzielowemu wywoływaczowi resztkowemu. Surowica otrzymana z tego szczepu zawiera natomiast niweczniki serologiczne, działające swoiście i silnie na twardzielowy szczep bezśluzowy, a znacznie słabiej na szczep śluzowy, przyczem świnkę morską uczula już tylko wobec twardzielowego wywoływacza bezśluzowego. Różnicę w zachowaniu się wobec wywoływacza bezśluzowego, a śluzowego wytłumaczyć można skąpą ilością niweczników anafilaktycznych w danej surowicy, niewystarczającą do uczulenia świnki wobec wywoływacza śluzowego, coby równocześnie zgadzało się z mniejszą ilością innych niweczników jak n. p. dwuchwytników odpowiadających wywoływaczowi śluzowemu.

Drugą przyczyną utrudniającą względnie powstrzymującą wstrząs anafilaktyczny może być sama otoczka szczepu śluzowego. Brak odczynu możnaby w danym przypadku wytłumaczyć w następujący sposób: surowica uzyskana ze szczepu bezotoczkowego, z którego nie można już otrzymać wywoływacza resztkowego, zawiera niweczniki anafilaktyczne, odpowiadające wywoływaczowi o innej budowie chemicznej, aniżeli ta, jaką posiada wywoływacz resztkowy, względnie otoczka. Podobnie więc jak po dożylnem wstrzyknięciu wielocukru otrzymanego z otoczkowej hodowli twardzielowej, również i przy użyciu samej hodowli otoczkowej nie przychodzi do wstrząsu, ponieważ niwecznik anafilaktyczny natrafia tu w pierwszym rzędzie na otoczkę, w której skład wchodzą głównie węglowodany.

Wszystkie próby kontrolne ze świnkami morskiemi, którym śródotrzewnowo wstrzyknięto normalną surowicę królika, a po 24 godzinach wywoływacz resztkowy w dawce od 1,0—5,0 mg, względnie zawiesinę hodowli wypadły ujemnie.

W drugiej grupie doświadczeń staraliśmy się poznać bliżej, jaki zachodzi stosunek między dwuchwytnikiem, precypityną, a niwecznikiem anafilaktycznym, jak również między wywoływaczem resztkowym, a pełnowartościowym.

W 25 przypadkach po przebytym wstrząsie oznaczaliśmy miano dopełniacza. Po przemijającym wstrząsie wynosiło ono przeciętnie 1/15, po śmiertelnym zaś zaledwie 1/25—1/7,5. Z porównania miana komplementu u normalnych świnek, jak również padłych z uduszenia po zaciśnięciu tchawicy, wahającego się w granicach 1/30—1/40, widzimy, że zależnie od nasilenia wstrząsu anafilaktycznego ilość dopełniacza w surowicy krwi obniża się znacznie, a niemal znika zupełnie.

Zjawisko to przemawia za tem, jakoby dopełniacz, również w odczynie anafilaktycznym, wywołanym antygenem resztkowym odgrywał czynną rolę.

Następna grupa obejmuje doświadczenia wykonane z surowicą wysyconą homologicznym wywoływaczem resztkowym. Po dodaniu większej ilości wywoływacza resztkowego z drożdży do surowicy drożdżowej (na 1 ccm sur. 10 mg antyg), pozostawieniu mieszaniny w cieplarce przez 2 godz. i odwirowaniu, wstrzykiwaliśmy płyn czysty w ilości 2,5 ccm śródotrzewnowo śwince morskiej. Tasama surowica, która przed wysyceniem dawała dodatni odczyn strącania z wywoływaczem resztkowym w rozcieńczeniu 1/250.000 i odchylenie dopełniacza w 1/5,000.000, a równocześnie uczulała świnkę morską tak, iż dawka 1,0 mg wywoływacza resztkowego i 1 ccm hodowli drożdży wywoływała wstrząs śmiertelny, po częściowem wysyceniu uczulała już znacznie słabiej, a po zupełnem t. j. nie dając precypitacji i wiązania dopełniacza, nie uczulała już świnki ani wobec wywoływacza resztkowego, ani też wobec hodowli. Na 7 świnek nie padła żadna po dożylnem wstrzyknięciu 2,0 mg wywoływacza resztkowego, lub 1 ccm hodowli. Wywoływacz resztkowy otrzymany z drożdży wiąże więc w wysokowartościowej surowicy drożdżowej precypityny, dwuchwytniki, a równocześnie tak swój niwecznik anafilaktyczny, jak i dla pełnowartościowego wywoływacza.

Jak w probówce, podobne zjawisko zachodzi i w ustroju. Jeśli uczulonej śwince morskiej wstrzyknie się dożylnie homologiczny wywoływacz resztkowy w dawce wywołującej słaby lub silniejszy wstrząs przemijający, to po upływie 2 godzin 1 ccm zawiesiny z homologicznej hodowli, podanej dożylnie tej samej śwince, nie wywołuje żadnego odczynu mimo, że hodowla ta użyta w tej samej ilości, jako pierwsza dawka stale sprowadza wstrząs śmiertelny. O ile dawka antygenu resztkowego była tak niską, iż nie dała żadnego odczynu, wówczas po wstrzyknięciu hodowli wstrząs był zawsze śmiertelny. Doświadczenie to wypadło zgodnie u wszystkich świnek (20) uczulonych surowicą twardzielową, lub surowicą ze szczepu 123, względnie drożdżową. Kontrolne doświadczenia uchylają ewentualny zarzut, jakoby po przebyciu jednego wstrząsu ustrój z powodu znużenia nie oddziaływał po tak krótkiej przerwie na drugi wywoływacz. Otóż u świnek uczulonych równocześnie dwoma różnemi surowicami odpornościowemi, po przebyciu jednego wstrząsu wywołanego antygenem resztkowym, w 2 godziny później zawiesina hodowli, jako homologiczny antygen dla drugiej surowicy, zawsze wywoływała silny wstrząs anafilaktyczny.

Podobnie więc, jak w poprzednich doświadczeniach wywoływacz resztkowy również i w ustroju wiąże niweczniki anafilaktyczne, odpowiadające homologicznej hodowli, czyli pełnowartościowemu wywoływaczowi.

Wnioski:

1) u świnki morskiej, uczulonej biernie surowicą królika uodpornionego szczepami otoczkowemi i drożdży wywołuje antygen resztkowy, budową chemiczną odpowiadający wielocukrom, wstrząs anafilaktyczny o charakterze ściśle swoistym;

2) surowica królika uodpornionego bezotoczkowym szczepem twardzielowym, z którego nie można już otrzymać wywoływacza resztkowego, nie zawiera precypityn, dwuchwytników, ani niwecznika anafilaktycznego, odpowiadającego twardzielowemu wywoływaczowi resztkowemu; świnkę morską uczula ona tylko wobec wywoływacza z twardzielowej hodowli bezśluzowej. Zjawisko to byłoby jednym z biologicznych dowodów przemawiających za pochodzeniem wywoływacza resztkowego z otoczki względnie ektoplazmy, w następstwie czego niwecznikom anafilaktycznym zawartym w surowicy otrzymanej z twardzielowego szczepu bezotoczkowego brak powinowactwa do połączeń węglowodanowych, pochodzących z otoczki;

3) zgodność stopnia uczulenia anafilaktycznego z wysokością miana odczynu strącania i wiązania dopełniacza, równoczesny zanik zdolności strącania, wiązania dopełniacza i biernego uczulania anafilaktycznego w surowicy wysyconej homologicznym wywoływaczem resztkowym, jak również spadek miana dopełniacza w surowicy krwi po przebytym wstrząsie anafilaktycznym przemawia za bardzo bliskiem powinowactwem między precypityną, dwuchwytnikiem i niwecznikiem anafilaktycznym;

4) wywoływacz resztkowy, jako hapten o chemicznej budowie wielocukru nie posiada zdolności anafilaktogenu, natomiast funkcjonalnie odpowiada tej frakcji wywoływacza pełnowartościowego, która według Tomcsika i Kurotchkina wywołuje wstrząs anafilaktyczny. Równocześnie tak *in vitro,* jak *in vivo* wiąże on i zobojętnia niweczniki, które wytwarza frakcja antygenu pełnowartościowego wywołująca wstrząs. Zjawisko to byłoby dowodem, jeśli nie identyczności, to wielkiego podobieństwa antygenu resztkowego do frakcji pełnowartościowego antygenu wywołującej wstrząs anafilaktyczny. Nasuwa się więc przypuszczenie, czy frakcja ta obok funkcjonalnego zachowania się, również i budową cząsteczkową nie odpowiada wielocukrom.

Piśmiennictwo:

1) Avery O.-Tillet W.: Journ. of. exper. Med. 1929, T. 49, p. 251. — 2) Enders J.: Journ. of. exper. Med. 1929, T. 50, p. 777. — 3) Lancefield R.: Journ. of. exper. Med. 1928, T. 47, p. 481, 843. — 4) Mikulaszek E.: Pol. Gaz. Lek. 1929, Nr. 8; Compt. ren. d. Biol. 1928, T. 100, p. 301. — 5) Przesmycki F.-Zeki: Med. dośw. społ. 1930, T. XII, p. 250. — 6) Tomcsik J.-Kurotchkin T.: Journ. of. exper. Med. 1928, T. 47, p. 379. — 7) Tomcsik J.: Z. f. Hyg. u. Infektkr. 1930, B. 111, p. 119; Z. f. Immunf. 1930, B. 66, p. 8.

Doc. Dr. Tadeusz WICZYŃSKI. Lwów.

Zachowanie się komórek luteinowych i lipoidów jajnika w zatruciach ciążowych *).

Z Kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. K. Bocheński
i z Zakładu anatomo-patologicznego U. J. K.
Dyr.: Prof. Dr. W. Nowicki.

Jedną z cech, odróżniających ciałko żółte regularności od ciałka żółtego ciąży, jest brak lipoidów w ciałku żółtem ciąży. Ten brak, dający się stwierdzić w skrawkach ciałka żółtego ciąży, barwionych którąkolwiek metodą, stosowaną w barwieniu lipoidów (Sud. III., Błękit Nilu i t. d.), okazał się tylko pozornym. Badania bowiem autora, wykazały, że jeśli się ciałko żółte ciąży przed utrwaleniem i barwieniem podda wprzód trawieniu kwasem solnym i pepsyną przez 12—24 godzin, a następnie dopiero zabarwi np. Sudanem (metoda Noll'a), to lipoidy „ujawniają się"; czyli, że dopóki lipoidy w ciałku żółtem ciąży są związane z białkiem, dopóty zwyczajne metody barwienia nie wykazują ich, a wykażą je dopiero po sztucznem odszczepieniu ich od białka w cieplarce zapomocą HCl i pepsyny [1]).

Udowodniono w ten sposób, że poprzednio wykazane przez Millera i Markotty'ego różnice w zachowaniu się lipoidów między ciałkiem żółtem ciąży i ciałkiem żółtem regularności są tylko postaciowe, a zacierają się przy głębszem wniknięciu w procesy biochemiczne, jakie się odbywają w tych tworach. W założeniu istnieje tylko jeden twór, t. j. ciałko żółte, które się później dopiero zróżnicowuje, zależnie od tego, czy nastąpi zapłodnienie komórki jajowej, czy też nie. W razie pierwszym — w ciałku żółtem ciąży — wytwarzane lipoidy są w komórkach luteinowych odrazu związane z białkiem komórkowem i jako takie nie dadzą się wykazać zwykłemi metodami mikrochemicznemi, w razie drugim zaś — w ciałku żółtem regularności — lipoidy są w komórkach luteinowych odkładane i dadzą się wykazać każdą metodą barwienia lipoidów w postaci kuleczek i kul — w ilości zależnej od okresu rozwoju ciałka żółtego.

Badania powyżej wymienione zostały potwierdzone w kontrolnych badaniach wielu autorów (R. Meyer — Zbl. f. Gyn. 1925, Brakeman (nieoglosz. — cyt. przez R. Meyera), Novak — Zbl. f. Gyn. 1923, Mikulicz-Radecki 1922 oraz 1925, Hermstein — Zbl. f. Gyn. 1925, Chydenius 1926) i mimo polemiki wszczętej przez Jaffe'go z Frankfurtu — Zbl. f. Gyn. 1924, utrzymały się w nauce autorytetem R. Meyera. Niedawno jeszcze zostały ponownie potwierdzone badaniami Preisseckera z Kliniki Kermaunera we Wiedniu — Zbl. f. Gyn. 1929.

To odmienne zachowanie się lipoidów w ciałku żółtem regularności i c. ż. ciąży jest niejako morfologicznem uzasadnieniem teorji R. Meyera o dominującej roli komórki jajowej w stosunku do ciałka żółtego — *„Das Primat der Eizelle"*, i tłumaczy regularność jako proces bierny, streszczający się do złuszczenia błony śluzowej macicy wskutek obumarcia niezapłodnionej komórki jajowej („poronienie błony śluzowej macicy" — według R. Schrödera). — Jeśli więc Seitz wypowiedział jeszcze w r. 1911 zdanie, że „byłoby absurdem przyjmować, że tak obficie w ciałku żółtem regularności nagromadzone lipoidy nie mają swego przeznaczenia", to w świetle wymienionych badań, rolę tak obfitych lipoidów w ciałku żółtem regularności, należy uważać za bierną — jako niezużytkowanych przez komórki luteinowe i w tychże odkładanych i to początkowo jako materjał żywy, mogący być każdej chwili zużytkowanym — w razie zapłodnienia komórki jajowej, a następnie jako materjał martwy — w razie jej niezapłodnienia [2]).

O czynnej roli lipoidów ciałka żółtego można zatem mówić jedynie w razie zapłodnienia komórki jajowej, a więc w ciąży. Nadzwyczaj interesujące, znowu morfologiczne potwierdzenie tego przypuszczenia, znalazłem w fakcie, że te związane z białkiem i niedające się wskutek tego mikrochemicznie wykazać lipoidy ciałka żółtego ciąży zjawiają się w niem natychmiast po przerwaniu ciąży wzgl. obumarciu jaja płodowego (poronienie zwyczajne, trąbkowe i t. d.).

Z powyższego rozumowania nasuwało się dalej niezmiernie interesujące pytanie, jaką rolę odgrywają lipoidy ciałka żółtego w ciąży? Ścisła odpowiedź na to pytanie jest przy dzisiejszym stanie nauki niemożliwą. Przyjmując za podstawę, że niemal we wszystkich zagadnieniach serologicznych wybitną rolę przypisuje się właśnie lipoidom, miałem sposobność w poprzednich pracach wyrazić przypuszczenie, że lipoidy ciałka żółtego ciąży odgrywają rolę w powstawaniu ciał ochronnych ciążowych *(syncytiolysin)*. Wiemy bowiem, że już w ciąży prawidłowej pewna ilość pierwocin kosmkowych *(syncytium)* dostaje się do krwiobiegu matki i że komórki te ulegają wessaniu na drodze pozajelitowego trawienia białka zapomocą swoistych zaczynów — *syncytiolysin*. Ciała te nie są ani bliżej chemicznie określone, ani też nie znamy miejsca ich powstawania. Ponieważ zaś trudno istotnie wyobrazić sobie bezcelowość tak znacznej ilości lipoidów w ciąży, a innej roli ich nie znamy, przeto można przypuścić, że właśnie związanie ich z białkiem w ciałku żółtem ciąży jest wyrazem ich funkcji w budowaniu ochronnych ciał ciążowych.

Przypuszczenie powyższe znachodzi wybitne morfologiczne potwierdzenie w dalszych badaniach autora, mających na celu porównanie zachowania się lipoidów jajnika w ciąży prawidłowej i w tych stanach patologicznych ciąży, które jakby a priori usposabiają do krążenia we krwi matki wzmożonej ilości pierwocin kosmkowych, a więc w zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym [3]). Jeśli jednak dla pojmowania istoty menstruacji w tem znaczeniu, jak je wyżej przedstawiłem, wystarczyły systematyczne badania samych tylko ciałek żółtych, to dla wyjaśnienia roli lipoidów należało porównać zachowanie się ich już nietylko w ciałku żółtem, lecz także w całym jajniku w ciąży prawidłowej i w wymienionych stanach patologicznych jaja płodowego.

Okazało się, że już w ciąży prawidłowej stwierdza się ciała powyższe — jako związane — nietylko w ciałku żółtem ciąży, lecz także obficie i również częściowo związane w bujających obficie podczas ciąży komórkach luteinowych otoczki pęcherzyków kurczących się *(„Luteinzellenwucherung"* niemieckich autorów Wallart, Seitz); *„glande interstitielle de l'ovaire"* — autorów francuskich (Ancel, Bonin i Villemin). Aczkolwiek suma tych bujających dokoła pęcherzyków i samego podścieliska jajnika, komórek luteinowych nie da się ściśle określić, nie da się zmierzyć, to jednak na podstawie przeglądnięcia przekrojów szeregu jajników ciążowych można sobie stworzyć obraz o granicach prawidłowego ich bujania w ciąży. Otóż okazało się, że w porównaniu z ciążą prawidłową ilość tych elementów bujających jest nieporównanie większą w zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym.

Na fakt równoczesnego występowania torbieli w jajnikach przy zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym zwrócił uwagę jeszcze w r. 1895 Marchand [4]), autor ten jednak ograniczył się tylko do badań jajników pod względem anatomo-patologicznym, nie uwzględnił zaś utkania drobnowidowego ścian tych torbieli. Późniejsze badania Neumanna [5]), Schallera [6]) i Pförringera [7]), a głównie Stoeckla [8]) wykazywały w ścianie owych torbieli, a także wśród samego podścieliska jajnika grupy komórek luteinowych.

Autorowie ci zwracają uwagę przedewszystkiem na torbiele, a powstawanie ich tłumaczą obrzękiem zastoinowym, który — zdaniem ich — ma usposabiać do nadmiernego rozrostu komórek

---

*) Przedstawione badania stanowią dalsze ogniwo w badaniach autora nad zachowaniem się lipoidów jajnika: W cyklu menstruacyjnym i w ciąży prawidłowej — Ks. pam. jub. Wydz. lek. Un. J. K. 1920; — Lw. Tyg. Lek. 1921. i Zlb. f. Gyn. 1922; w stanach patologicznych ciąży (zaśniad groniasty i nabłoniak kosmkowy) — Prace Zakł. Anat.-Patol. Uniw. Polskich 1924 i Zlb. f. Gyn. 1924.

[1]) T. Wiczyński: Z badań nad znaczeniem ciałka żółtego w ciąży. Lw. Tyg. Lek. 1921, i Zur Bedeutung des Corpus luteum für den weiblichen Organismus. Zbl. f. Gyn. 1922.

[2]) T. Wiczyński: Zagadnienie menstruacji w świetle badań lat ostatnich. Pol. Gaz. Lek. 1928.

[3]) T. Wiczyński: Przyczynek do wyjaśnienia wzajemnego stosunku zmian w jajnikach do zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmkowego (Prace Zakł. Anat. Patol. Uniw. pol. T. 1. zesz. 2 1923).

[4]) Marchand: Mon. f. G. u. G. 1895.

[5]) Neumann: Mon. f. G. u. G. T. 3 i 6.

[6]) Schaller: W. Kl. W. 1896 i 1897.

[7]) Pförringer: Hegars Beitr. T. 2.

[8]) Stoeckel: Beitr. f. Geb. u. Gyn. 1902.

luteinowych. Pierwszy Pick[9]) zwrócił uwagę nietyle na znaczenie torbieli samych, ile na bujanie w ich ścianie i w samem podścielisku jajnika komórek luteinowych i nazwał te zmiany jajników *„degeneratio polycystica luteinalis ovarium"*; autor ten błędnie tłumaczy wzajemny stosunek tych zmian w jajnikach do zaśniadu groniastego, jak również nabłoniaka kosmkowego w ten sposób, że nadmierne bujanie komórek luteinowych jest przyczyną nadmiernego bujania kosmków tak w zaśniadzie, jak i nabłoniaku.

W zupełnie odmiennem świetle przedstawiają się powyższe fakty, jeśli się uwzględni procesy, jakie się odbywają w owych grupach komórek luteinowych. Już w r. 1921 na podstawie zbadania janików dwu pierwszych przypadków zaśniadu groniastego wyraziłem przypuszczenie, że w fakcie tak nadmiernego bujania komórek luteinowych w zaśniadzie groniastym (a także nabłoniaku kosmkowym), należy dopatrywać się nie sprawy pierwotnej, bujanie kosmków wywołującej, lecz, że należy uważać ją za sprawę wtórną — niejako odczynu ze strony matki na wzmożoną w tych stanach ilość krążących we krwi matki pierwocin kosmkowych. W międzyczasie podobny pogląd wypowiedzieli Cottalorda, a później jeszcze Rouville i Sappey (1922).

Zbadanie jajników, pochodzących z dalszych przypadków zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmkowego, przypuszczenie to jeszcze bardziej potwierdziło, gdyż i w dalszych przypadkach stwierdzono, że między bujaniem komórek luteinowych w ciąży prawidłowej, a w omawianych stanach patologicznych jaja płodowego, niema różnic jakościowych, lecz, że różnice te są tylko ilościowe. Wykazano bowiem w bujających komórkach luteinowych w zaśniadzie i nabłoniaku kosmkowym takie same lipoidy, jak w ciąży prawidłowej. Odczyny mikrochemiczne tych ciał wypadły tak samo, jak w analogicznych częściach składowych jajnika w ciąży prawidłowej; co więcej — sposób ich występowania w postaci drobniutkich kuleczek świadczy, że są one pochodzenia naciekowego *(infiltracyjnego)*, a nie zwyrodnieniowego *(degeneracyjnego)*, co jest dowodem, że lipoidy te stanowią materjał żywy, a nie martwy. Najważniejszą jednak cechą zachowania się lipoidów w tak nadmiernie rozrosłych komórkach luteinowych jajników w zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym — jest to, że przynajmniej w niektórych ich częściach — lipoidy występują także w postaci rozlanej, czem się te partje już zupełnie upodabniają do komórek luteinowych ciałka żółtego ciąży[10]). Wreszcie wykazano że także samo nasilenie rozrostu komórek luteinowych zależne jest — jak to z okresu względnie postaci klinicznej danego przypadku wnioskować można — od tego, czy dana postać usposabia do większej lub mniejszej ilości kosmków, które do krwi matki mogą się dostawać. W ten sposób wykazano, że z dwu znamion jajników przy zaśniadzie i nabłoniaku — określonych wspólną nazwą *„degeneratio polycystica luteinalis"* — za istotniejsze należy uważać bujanie komórek luteinowych, w nich bowiem odbywają się procesy biochemiczne, w których — w myśl dzisiejszych zapatrywań na rolę lipoidów w serologji — możemy się dopatrywać wyrazu wzmocnienia aparatu ochronnego matki wobec patologicznie wzmożonej ilości pierwocin kosmkowych we krwi matki krążących.

II.

Jeśli na tle naprowadzonych faktów porównamy zestawienie zmian w jajnikach z klinicznemi objawami ciąży prawidłowej i zaśniadu groniastego (wzgl. nabłoniaka kosmkowego), to uderza przedewszystkiem, że nietylko pod względem zmian jajników, ale i pewnej — przynajmniej — grupy objawów klinicznych niema jakościowych różnic między ciążą prawidłową, a powyższemi stanami patologicznemi jaja płodowego. Spostrzeżenia wielu autorów przemawiają za tem, że zaśniad groniasty i nabłoniak kosmkowy usposabiają w znacznie wyższym stopniu do zatruć ciążowych, aniżeli ciąża prawidłowa (Aschner, Gromadzki, Hitschman, Sitzenfrey, Vineberg i i.), ale także w ciąży prawidłowej stwierdza się pierwociny zatrucia ciążowego. Nie inaczej przecież tłumaczymy sobie takie „domyślne objawy ciąży", jak nudności, ślinotok, wymioty i t. d. utrzymane „w granicach fizjologicznych". Gdybyśmy przyjęli, że przyczyną tych objawów jest pozajelitowe trawienie białka komórek kosmkowych we krwi matki krążących *(deportacja kosmków* wedł. Veita), to moglibyśmy zrozumieć tak dobrze stosunkowo małą ilość „prawdziwych" zatruć ciążowych w ciąży prawidłowej, jak i częstsze występowanie tych zatruć przy zaśniadzie i nabłoniaku. W obu ewentualnościach wystąpienie wzgl. i nasilenie objawów zatrucia ciążowego zależy od stopnia zaburzenia równowagi między ilością białka do krwi matki oddanego, a zdolnością aparatu ochronnego matki, służącego do pozajelitowego strawienia białka łożyskowego. Dopóki ustrój ciężarnej wzgl. jej aparat ochronny może wyprodukować dostateczną ilość ciał ochronnych i to bez względu na ilość białka łożyskowego do krwi matki doprowadzanego, dopóty nie przychodzi do objawów zatrucia ciążowego. W ten sposób tłumaczymy sobie ciąże, przebiegające zupełnie bez t. zw. fizjologicznych „domyślnych" objawów ciąży, jak nudności, wymioty, ślinotok i t. d. Nieinaczej też tłumaczyć należy owe tak często przecież przebiegające również bez objawów zatrucia ciążowego przypadki zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmkowego, mimo, że obydwa te schorzenia usposabiają do znacznie większej, niż w ciąży prawidłowej ilości komórek kosmkowych, dostających się do krwi matki. Widzieliśmy bowiem, że na tę wzmożoną ilość trucizn ciążowych ustrój ciężarnej oddziaływa wzmocnionym odczynem ochronnym, mającym swój nawet upostaciowany wyraz, a to we wzmożonym rozroście komórek luteinowych jajnika. I na odwrót: wystąpienie objawów zatrucia ciążowego tłumaczylibyśmy sobie zaistnieniem dopiero zaburzeń tej równowagi, spowodowanem jedną z dwu możliwości: albo doprowadzeniem do krwi ciężarnej zbyt wielkiej ilości pierwocin kosmkowych — w stosunku do zdolności ustroju matczynego wytwarzania ciał ochronnych, albo też niedomogą „aparatu ochronnego" matki w stosunku do ilości doprowadzonych pierwocin kosmkowych. Ta niedomoga może wystąpić już w ciąży prawidłowej i stąd pochodzą te domyślne objawy ciąży, jak nudności, wymioty, ślinotok i t. d., które to objawy bez wyraźnej granicy mogą przejść w obraz już ciężkich zatruć ciążowych[11]). Tem również musimy sobie tłumaczyć podnoszony przez wielu autorów wyższy, niż przy ciąży prawidłowej, odsetek zatruć ciążowych w tych stanach patologicznych jaja płodowego, które *a priori* usposabiają do wzmożonej ilości białka łożyskowego do krwi matki oddawanego. Mimo bowiem stwierdzonej hyperprodukcji komórek luteinowych, ilość ciał ochronnych przez nie wytwarzana, może być niewystarczającą dla strawienia nadmiaru białka łożyskowego.

Na tle powyższych uwag łatwo zrozumieć, że niemniej interesującem musiało się wydać dalsze pytanie co do zachowania się i roli komórek luteinowych jajnika względnie najistotniejszej ich zawartości t. j. lipoidów w samych zatruciach ciążowych. Do tej pory miałem sposobność zbadać w powyższym kierunku jajniki, pochodzące z 5 przypadków zatrucia ciążowego; z tego 4 przypadki dotyczyły rzucawki, jeden zaś ciężkiego ciążowego zapalenia nerek[12]).

Wszystkie przypadki rzucawki były pod względem klinicznym tak typowe, że w tym kierunku nie nasuwały żadnych wątpliwości. W trzech z nich otrzymałem jajniki po sekcji, w czwartym zaś podczas wykonywanego w klinice cięcia cesarskiego (kol. Lenczowski). Ze względu na typowość przypadków za zbędne uważam szczegółowe przytaczanie historji chorób. O wiele ważniejszem dla zagadnienia poruszonego w pracy niniejszej byłoby zestawienie ze stanem jajników zachowania się wewnętrznych narządów (wątroba, płuca) i samej macicy w kierunku stwierdzenia w tych narządach pierwocin kosmkowych, a właściwie ich ilości. Niestety musiałem się ograniczyć do zbadania tylko jajników. Podobnie także przypadek piąty (ciężkie wtórne zapalenie nerek w ciąży 6-cio miesięcznej) skończył się śmiertelnie i z tego przypadku sekcyjnego otrzymałem do zbadania również tylko jajniki.

Już jednak zbadanie tylko samych jajników daje dostateczną podstawę do poruszenia tej sprawy. Z wyjątkiem bowiem jednego przypadku, zachowanie się jajników pod względem rozrostu w nich komórek luteinowych było tak typowe, że nie mogło ono ujść uwagi w poszukiwaniu za morfologicznemi podstawami znaczenia tych komórek dla ustroju kobiecego.

Przed podaniem drobnowidowych obrazów muszę przedewszystkiem podnieść, że pod względem makroskopowym jajniki wszystkich naszych pięciu przypadków nie przedstawiały nic szczególnego w porównaniu z jajnikami w ciąży prawidłowej. Nieznaczne bowiem powiększenie albo samego miąższu jajnika, albo powiększenie pochodzące od drobnych torbielków spotyka się często przy ciąży prawidłowej i poza ciążą. Szczegół ten nie jest bez znaczenia, gdyż przy zestawieniu go z cechami drobnowidowemi jajników, przypomina te wczesne przypadki zaśniadu i nabłoniaka, w których z powodu braku zmian makroskopowych (większe torbiele) nie dostrzeżono w nich najistotniejszej cechy jajników przy tych stanach, a mianowicie nadmiernego rozrostu komórek luteinowych: to właśnie niedostrzeżenie było powodem błędnego tłumaczenia wzajemnego stosunku zmian jajników do obu tych schorzeń jaja płodowego.

---

[9]) Pick: Zeit. f. G. 1903.

[10]) Por. rys. 2. wspomnianej pracy autora.

[11]) Czyżewicz: odróżnia trzy stopnie „równowagi ciążowej": 1) ciąża o równowadze stałej, 2) ciąża o równowadze chwiejnej i 3) ciąża o równowadze zwichniętej.

[12]) Częściowo przedstawione na ostatnim Zjeździe ginekol. pol. w Warszawie.

Co do drobnowidowych cech jajników, będących przedmiotem niniejszych badań, to ograniczam się do podania obrazu drobnowidowego, dotyczącego wspólnie wszystkich przypadków przezemnie badanych, a to dlatego, ponieważ obrazy drobnowidowe, stwierdzone w poszczególnych przypadkach są naogół do siebie podobne. Przedewszystkiem uderza w tych obrazach ogólny rozrost komórek luteinowych we wszystkich pięciu przypadkach, nie wyłączając przypadku zatrucia ciążowego w postaci ciężkiego za-



Poprzeczny przekrój jajnika: ciąża IX. mies.; szereg napadów drgawek. Cięcie cesarskie. † w kilka godzin w stanie nieprzytomnym. — Sudanem zabarwione lipoidy wybitnie rozrosłych komórek luteinowych usadowionych grupami wśród podścieliska hematoksyliną zabarwionego. Poszczególne większe grupy komórek luteinowych przypominają wyglądem i utkaniem ciałka żółte. Pozatem nadmierne bujanie komórek luteinowych dokoła pęcherzyków kurczących się. — Barw.: Sud. III + hematoks. Rysunek poglądowy z pod lupy.

palenia nerek. Jeśli rozrost ten nie we wszystkich przypadkach jest jednakowy, to można śmiało powiedzieć, że z pięciu przypadków — w trzech jest bardzo wybitnym, w czwartym jest znaczny, a i w piątym przypadku jest większy, aniżeli w ciąży prawidłowej. Przyczem nadmieniam, że w przypadku ciążowego zapalenia nerek rozrost komórek luteinowych w obu jajnikach określiłem jako bardzo wybitny, czem się ten przypadek zupełnie nie różni od jajników, pochodzących z przypadków rzucawki. Fakt ten podkreślam z naciskiem, aczkolwiek w niniejszej pracy notuję go tylko mimochodem, pozostawiając tę sprawę do omówienia na tle większego materjału.

Rozrost komórek luteinowych możemy określić, jako idący w trzech kierunkach. A więc w samem ciałku żółtem, które w tych okresach ciąży, z jakich nasze przypadki pochodzą (cztery przypadki z 9-tego miesiąca, jeden z 6-go mies. ciąży), jest zazwyczaj już w stadjum wyraźnego cofania się, daje się nawet w naszych przypadkach zauważyć wyraźna — aczkolwiek nie wszędzie jednakowa „żywotność". Makroskopowo ciałko żółte jest stosunkowo jeszcze duże, a komórki luteinowe dobrze się barwiące o cechach tych komórek ciałka żółtego z pierwszej połowy ciąży. Także dokoła pęcherzyków kurczących się daje się zauważyć rozrost komórek luteinowych, podobnie zresztą, jak w ciąży prawidłowej, lecz w znacznie wyższym stopniu. Wreszcie śród samego podścieliska stwierdza się liczne grupy bujających komórek luteinowych. Aczkolwiek i w ciąży prawidłowej można takie grupy napotkać, to jednak należy to prawie do rzadkości, a przedewszystkiem nigdy w takim stopniu. W naszych przypadkach grupy te są bardzo liczne, a niektóre z nich są tak silnie rozwinięte, że tak makroskopowo, jak i pod drobnowidem zupełnie przypominają ciałka żółte (ryc. 1).

W komórkach luteinowych tak samych ciałek żółtych, jak dokoła pęcherzyków kurczących się, jak wreszcie w grupach komórek luteinowych, bujających wśród podścieliska jajnika, stwierdza się obficie lipoidy, i to w postaci, świadczącej o ich żywotności, a więc albo jako drobne kuleczki albo też w postaci rozlanej i to nietylko w samem ciałku żółtem, ale i w owych grupach bujających wśród podścieliska, czem się te grupy jeszcze bardziej upodabniają do ciałek żółtych. Co do jakości stwierdzonych lipoidów, to badania niniejsze nie wykazały jakichś różnic od wykazanych w poprzednich pracach lipoidów w jajnikach pochodzących z ciąży prawidłowej. Nadmienić jednak muszę, że metody mikrochemiczne nie precyzują dokładnie jakości lipoidów, możliwe więc, że są jakieś różnice, których jednak dotychczasowe metody mikrochemiczne (Aschoffa i Kawamury) nie są w stanie wykazać.

III.

Dla zagadnienia, poruszonego w niniejszej pracy, stanowiącego dalsze ogniwo w badaniach autora nad znaczeniem komórek luteinowych dla ustroju kobiecego, dadzą się konkretnie zużytkować jedynie przypadki, dotyczące rzucawki. Wobec bowiem wytkniętej drogi w tych badaniach opierania się jedynie na danych postaciowych, możemy tylko w rzucawce zestawić wzajemną relację — morfologiczną — komórek luteinowych i pierwocin kosmkowych. Ze wszystkich bowiem zatruć ciążowych tylko w rzucawce znane są cechy anatomo-patologiczne, potwierdzające wyraźnie teorję Schmorla-Veita, odnoszącą patogenezę zatruć ciążowych do *deportacji* większych ilości *pierwoic kosmkowych* do krwiobiegu ciężarnej. Natomiast w innych postaciach zatruć ciążowych, jak niepowściągliwe wymioty, nerka ciężarnych i t. d. nie stwierdzono owych, tak prawie patognomonicznych dla rzucawki zatorów żylnych w macicy i odległych narządach wewnętrznych (wątroba, płuca) — zatorów zbudowanych z pierwocin kosmkowych wzgl. nawet w całości oderwanych i we krwi matki krążących kosmków. Jeśli więc, mimo tych różnic, dołączam do 4 przypadków rzucawki także jeden przypadek zatrucia ciążowego w postaci ciężkiego wtórnego (ciążowego) zapalenia nerek, to czynię to świadomie, a to w tym celu, aby narazie jedynie zanotować, że i w tym przypadku — mimo niestwierdzonych do tej pory zatorów łożyskowych analogicznych do rzucawki — stwierdziłem, że zachowanie się jajników co do odczynu z ich strony na zatrucie ciążowe było zupełnie analogiczne, jak w rzucawce. Przyszłe badania może i tę — tak interesującą sprawę — wyjaśnią.

Co się zaś tyczy przypadków rzucawki, to mimowoli nasuwa się na myśl analogja do opisanych przezemnie w poprzednich pracach zmian w jajnikach w zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym, z tem tylko, że gdy w tych obu stanach przyczyna zwiększonej deportacji kosmków jest jasną wobec większej ich produkcji, to w rzucawce (a możliwe także w innych zatruciach ciążowych) przyczyna ta jest niewyjaśnioną i nie tłumaczy jej nawet sam Veit, autor tej teorji.

Odnośnie do zaśniadu i nabłoniaka miałem sposobność kilkakrotnie wyrazić przypuszczenie, że tak wybitna hyperprodukcja komórek luteinowych, a wraz z nią także lipoidów w niej zawartych jest morfologicznym wyrazem odczynu ze strony matki, odgrywającego rolę przy produkowaniu zwiększonej ilości ciał ochronnych wobec większej ilości białka łożyskowego, dostającego się do krwi matki. Wspomniałem powyżej, że dopiero zbadanie zachowania się ciałka żółtego i wraz z niem wszystkich pierwocin luteinowych jajnika, rzuciło pewne światło na rolę komórek luteinowych, wzgl. lipoidów w ciąży prawidłowej. Obrazy jajników, podane w niniejszej pracy, w rzucawce porodowej, potwierdzają jeszcze bardziej przypuszczenia powyższe. W myśl tego przypuszczenia stwierdza się już w ciąży prawidłowej „fizjologiczny" odczyn ze strony jajnika, którego zadaniem jest jakiś bliżej nieokreślony udział w odbudowie białka kosmkowego we krwi matki.

W zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym odczyn ten z natury rzeczy jest wzmożony. Jeśli już w ciąży prawidłowej — szczególnie w jej początkach — odczyn ten często zawodzi i stąd pochodzą takie t. zw. domyślne objawy, jak nudności, wymioty, ślinotok i t. p., występujące w tak przecież rozmaitem nasileniu — aż do stanów patologicznych — to zrozumiałą jest podnoszona przez wielu autorów większa skłonność do tych objawów w zaśniadzie i nabłoniaku. Mimo bowiem nawet silnego odczynu ze strony komórek luteinowych, odczyn ten może być za słabym i stąd pochodzi w tych stanach większy odsetek zatruć ciążowych, niż w ciąży prawidłowej.

Zbadanie w tym kierunku jajników w rzucawce jeszcze lepiej oświetla sprawę powyższą. Aczkolwiek bowiem zatory żylne z kosmków w narządach wewnętrznych i w macicy samej uważamy za objaw patognomoniczny dla rzucawki, to jednak nie znamy przyczyny tej zwiększonej deportacji kosmków. Wiemy natomiast, że nie w każdym przypadku zwiększonej deportacji kosmków występuje obraz drgawek; możemy więc przyjąć stany pośrednie, czego wyrazem klinicznym są inne, lżejsze zatrucia ciążowe, a odnośnie do rzucawek — te przypadki, w których stwierdzamy wszystkie inne objawy zapowiadającej się rzucawki, a pomimo to do samych drgawek nie przychodzi. I tu więc ustrój matki walczy z zatruciem ciążowem zapomocą aparatu ochronnego — wyrażonego morfologicznie w tak kolosalnej hyperprodukcji komórek luteinowych wzgl. lipoidów, a wystąpienie wzgl. stopień nasilenia objawów zatrucia ciążowego od postaci najlżejszych aż do wystąpienia drgawek, zależy od stopnia zaburzenia równowagi między ilością doprowadzonego do krwi matki i mającego ulec odbudowie białka łożyskowego, a zdolnością ustroju matki do wytworzenia odpowiednio silnego aparatu ochronnego — wystarczającego do odbudowy tegoż białka. Że komórki luteinowe odgrywają rolę w wytworzeniu tego aparatu ochronnego — to wydaje się prawdopodobnem na podstawie przedstawionych badań, które — łącznie z poprzedniemi — wykazują pewną równoległość między zachowaniem się ciałka żółtego i reszty komórek luteinowych jajnika w ciąży prawidłowej i w tych stanach patologicznych ciąży, które albo a priori usposabiają do krążenia we krwi matki większej ilości pierwocin kosmkowych (zaśniad, nabłoniak), albo też w których — z niewiadomych do tej pory przyczyn — stwierdza się obrazy anatomo-patologiczne, przemawiające za większą deportacją kosmków do krwi matki, niż w ciąży prawidłowej. Że zaś właśnie lipoidy zawarte w tych komórkach luteinowych biorą pewien bliżej nieokreślony udział w stworzeniu aparatu ochronnego matki, o tem można wnioskować tak z ogólnie w serologji ciałom tym przypisywanej roli, jak i z faktu, że już w ciąży prawidłowej stwierdzono *hyperlipaemię* wzgl. *hypercholesterinaemię* (Neuman, Herman i i.), w zatruciach zaś ciążowych to nagromadzenie się lipoidów we krwi ciężarnych stwierdzono w stopniu jeszcze wyższym.

Bliższe określenie, na czem polega ów udział lipoidów w budowie ciał ochronnych ciążowych, wychodzi już daleko poza ramy zagadnienia poruszonego w niniejszej pracy, podobnie, jak nie należą tu rozważania na temat samej patogenezy zatruć ciążowych. Nadmienić więc tylko pragnę, że w stosunku do teorji Veita o *deportacji kosmków*, jako czynniku wywołującym produkcję *„syncytiolysin"* i stanowiącym jedyne anatomiczne tło zatruć ciążowych, mielibyśmy w opisanych zmianach jajników morfologiczny wykładnik odczynu ze strony ustroju matki przeciw zatruciu ciążowemu. W ten sposób, przyjmując *„deportację kosmków"*, jako morfologiczny wyraz patogenezy zatruć ciążowych, moglibyśmy uważać hyperprodukcję komórek luteinowych — za również morfologiczny wyraz higjogenezy ustroju kobiecego — w znaczeniu Gröera.

Wobec całego szeregu innych teoryj powstawania zatruć ciążowych, jak Ascoli'ego, Weichardta, Abderhaldena, Richeta i i. — sprawa ta nie przedstawia się tak prosto i jasno, co jest tem mniej dziwnem, że z jednej strony nie znamy dokładnie chemizmu trucizn ciążowych, z drugiej zaś strony sam obraz objawów zatruć ciążowych — nie wyłączając rzucawki — jest tak niezmiernie skomplikowany w stosunku do mało do tej pory znanych podstaw anatomopatologicznych tych schorzeń. Ten właśnie ostatni fakt stanowi przyczynę, że w badaniach nad etjologią zatruć ciążowych zwrócono się do badań doświadczalnych i serologicznych. Drogi tych badań jak i wyniki były najrozmaitsze a przedewszystkiem często ze sobą sprzeczne [13]). Wobec więc tych sprzeczności każdy nowy przyczynek oparty na podstawach morfologicznych, a za taki — sądzę — można uważać badania w niniejszej pracy przedstawione, jest pożądany na drodze, zmierzającej ku wyjaśnieniu przyczyn zatruć ciążowych.

---

[13]) Zubrzycki: Zatrucia ciążowe z punktu widzenia serologji. Ref. zjazdowy. Gin. Pol. 1923.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Robert ŻABIŃSKI. Kraków.

Niezwykły przypadek torbieli trzustkowej.

Z oddziału położniczego i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Niejednokrotnie zdarza się, iż w ręce lekarza chorób kobiecych dostają się przypadki należące do innych działów medycyny. Przyczyny tego dopatrywać się należy w omyłkach rozpoznawczych, spowodowanych klinicznym przebiegiem, oraz obrazem przypadku, które nie pozwalają na należyte jego zróżnicowanie. Tak samo przyczynić się do tego mogą i trudności w badaniu chorego z jakiemi nierzadko spotyka się lekarz w poszczególnych przypadkach.

Do rzędu spraw chorobowych, które właśnie do wyżej przedstawionych zaliczyć musimy, wymienić należy i niektóre rzadkie postacie torbieli trzustkowych. Taki właśnie przypadek mieliśmy sposobność spostrzegać na oddziale położniczym i chorób kobiecych Szpitala św. Łazarza.

Zasługuje on na podanie do wiadomości, nietylko ze względu na rzadkość występowania samego schorzenia, lecz pozatem ze względu na niezwykły jego obraz anatomiczny i ciekawy bądź co bądź przebieg kliniczny. Krótki wyciąg z historji choroby przytaczam.

L. P. Dz. Oddz. 12753/221. D. L. l. 40. zgłasza się do szpitala 20. III. 1928, podaje w wywiadach: Pierwszą miesiączkę miała w 10 r. życia, następne prawidłowe co 4 tygodnie, niebolesne, średnio obfite. Nie rodziła, nie roniła. Od dłuższego czasu zauważyła powiększanie się brzucha, a od listopada 1927 r. wystąpiły u niej bóle dołem brzucha, w krzyżach oraz częste zatrzymanie stolca, parcie na mocz, przyczem kilkakrotnie mocz był krwawy.

Ponieważ wymienione dolegliwości nie ustępowały, a raczej nasilały się, zgłosiła się na oddział.

Badaniem stwierdzamy u kobiety wzrostu średniego, budowy kośćca prawidłowej, odżywienia dość dobrego: język wilgotny czysty, błony śluzowe różowe, ciepłotę 36.8° C, tętno prawidłowe. W narządach klatki piersiowej nie stwierdza się żadnych zmian chorobowych. Brzuch w dolnej części wypuklony. W miejscu wypuklenia stłumienie odgłosu wypukowego przechodzące ku bokom i górze. Obmacywaniem wykazać można w jamie brzusznej obecność dużego, nieruchomego, chełbocącego guza, o ścianach jednak silnie napiętych. Narządy rodne zewnętrzne prawidłowe, pochwa bez zmian. W sklepieniu przedniem wyczuwa się trzon macicy, tylne zaś i boczne tak prawe jak i lewe wyraźnie obniżone. Część pochwowa macicy nie wykazuje obecności zmian chorobowych. Trzon natomiast, nieznacznie powiększony, uniesiony ku górze, guzowaty. Guzki wielkości orzechów, gładkie, spoistości zbitej.

Przydatków wybadać nie można, natomiast w tylnem sklepieniu wyczuwa się opór pozostający w ścisłym związku z guzem wybadanym przez powłoki brzuszne. Guz ten, chełbocący, nieruchomy schodzi bardzo nisko do miednicy, wypukla wyraźnie tylne sklepienie i oba boczne. Badaniem przez odbytnicę stwierdzono jej przesunięcie na stronę lewą na skutek rozwoju guza. Mocz bez zmian.

Na podstawie powyżej podanych wyników badania, rozpoznano u chorej mięśniakowato zmienioną macicę oraz torbiel jajnikową rozwiniętą śródblaszkowo.

Wobec takiego stanu rzeczy w dniu 27 marca 1928 przystąpiono do zabiegu w uśpieniu eterowem. W jamie brzusznej, otwartej cięciem poprowadzonem w linji środkpowej ciała, natrafiono zupełnie niespodziewanie na niezmiernie ciekawy obraz. Nieznacznie powiększona macica, na powierzchni której znajdowało się kilka mięśniaków wielkości orzecha laskowego leżała przemieszczona ku górze wraz z przydatkami nie wykazującemi żadnych zmian chorobowych. Przemieszczenie powodował guz wypełniający jamę brzuszną i schodzący nisko do miednicy małej. Guz ten nosił cechy torbieli i był wielkości około dwóch głów dorosłego człowieka, kształtu podłużnego. Wychodził z okolicy trzustki i sięgał jak to wspomniałem, dolnym biegunem do miednicy małej. Rozwinięty był pozatrzewnie, pokryty w całości pętlami jelit i otrzewną krezki. Wobec powyższego stanu rozpoznano torbiel wychodzącą z trzustki.

Ścianę torbieli wszyto w powłoki jamy brzusznej na wysokości podstawy krezki, a to w celu wytworzenia się ochronnych zlepów otrzewnowych. Po pięciu dniach nacięto ścianę torbieli i wypuszczono około siedmiu litrów płynu wodojasnego, przejrzystego. Wnętrze torbieli sączkowano przez zrobiony otwór.

Badanie wydobytego płynu wykazało obecność zaczynów rozkładających tłuszcze, skrobię i białko, o cechach zaczynów trzustkowych. Ten wynik badania chemicznego potwierdził w zupełności rozpoznanie torbieli trzustkowej, potwierdzone w czasie zabiegu.

Przez przeciąg czterech miesięcy z drenu założonego do wnętrza torbieli wydostawała się większa lub mniejsza ilość opisanego płynu. Po upływie tego czasu wydzielanie płynu ustało. Ranę w powłokach brzusznych po usunięciu drenu wygojono. Gojenie rany trwało około miesiąca. W dziesięć dni po zagojeniu owej rany, wystąpiły u danej chorej typowe objawy niedrożności jelit. Wobec tego otwarto powtórnie jamę brzuszną cięciem poprowadzonem po stronie lewej od poprzedniego. Jelito cienkie przyrosłe do pierwotnej blizny pooperacyjnej stanowiło punkt wyjścia niedrożności. Jelito to oddzielono na ostro. Równocześnie jednak zauważono, że znaleziona w poprzednim zabiegu torbiel znowu napełniona jest płynem i dochodzi wielkości głowy dorosłego człowieka. Wszyto więc jej ścianę w ranę zadaną w powłokach brzusznych i otwarto ją w kilka dni potem drenując. W dwa miesiące po zabiegu, kiedy skończyło się wydzielanie płynu posiadającego takie same własności, jakie stwierdzono w torbieli w pierwszym zabiegu, ranę zagojono. Chora wyleczona opuściła szpital.

W dwa i pół roku potem zgłosiła się chora ponownie na oddział, żaląc się na nadmiernie obfite krwawienia miesięczne, których przyczyną były duże mięśniaki umieszczone w trzonie macicy. Trzon ten usunięto zabiegiem brzusznym odcinając go nadpochwowo. Przy tej sposobności skontrolowano trzustkę, która nie przedstawiała obecnie już żadnych chorobowych zmian.

Rozpatrując opisany przypadek z punktu widzenia klinicznego nadmienić musimy, że mieliśmy tu do czynienia z torbielą trzustkową, która schodziła swoim dolnym odcinkiem do miednicy małej, powodując wystąpienie objawów uwięzgnięcia w postaci zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Torbiel ta była niezmiernie duża.

Takie olbrzymie torbiele trzustkowe, a zwłaszcza schodzące do miednicy małej i powodujące objawy uwięzgnięcia należą do niezmiernie rzadkich. Śmiało można twierdzić, że opisane własności naszego przypadku powodują, iż należy go uważać za jeden z nielicznych w dotychczasowem piśmiennictwie. W ogólności zaś nadmienić należy, że torbiele trzustkowe bez względu na to, czy punktem ich wyjścia jest — co najczęściej — głowa, trzon lub — co najrzadziej — ogon trzustki, wykazują często nawroty. Niektórzy twierdzą, że przyczyny tego szukać należy w ich mnogości. I w naszym wypadku z takim nawrotem mieliśmy do czynienia. Przyczyny jednak tego dopatrywać należy się zdaniem naszem w zawczesnem zagojeniu się otworu zrobionego w torbieli.

Co się tyczy etjologji omawianego rodzaju schorzeń to trudno w naszym przypadku ustalić przyczynę powstania torbieli. Jak to powszechnie wiadomem, najczęściej powoduje je uraz, lecz także inne czynniki, jak naprzykład sprawy zapalne (Körte), martwicowe (Israel) nie są bez znaczenia dla sprawy powstawania torbieli trzustkowych, które tak łatwo mogą — szczególnie u kobiet ze względu na bardzo podobny obraz kliniczny powodować omyłki rozpoznawcze z torbielami jajnikowemi (Decker). W naszym przypadku pomyłka ta była tem łatwiejsza, że guz schodził nisko do miednicy, niczem nie różnił się w swoim obrazie anatomicznym w czasie badania od torbieli jajnikowej śródblaszkowej.

Ze względu na groźne niejednokrotnie dla życia chorego niebezpieczeństwa, jakie kryje w sobie obecność torbieli trzustkowej, która może uróść do olbrzymich, jak w naszym przypadku rozmiarów i spowodować cały szereg groźnych powikłań, należy starać się — w każdym o to cierpienie podejrzanym przypadku — o możliwie wczesne postawienie rozpoznania, by można było jaknajrychlej przystąpić do zabiegu operacyjnego. U naszej chorej wybrano najczęściej stosowany sposób postępowania, którego śmiertelność jest stosunkowo mała, bo wynosi 4—5% (Guleke, Wölfner). Co się tyczy jednak samego rozpoznania, to zaznaczyć należy, że omyłki rozpoznawcze nie są rzadkie w tych razach. U kobiet najczęściej torbiele trzustkowe pomieszane zostają z torbielami jajnikowemi, jak to i w naszym przypadku miało miejsce. Przypadek ten zresztą temwięcej uzasadnił omyłkę rozpoznawczą, że anatomiczne stosunki wytworzone przez nadmiernie dużą torbiel rozrastającą się w kierunku miednicy, nie różniły się wcale od anatomicznych stosunków, z jakiemi spotykamy się w torbielach jajnikowych śródblaszkowo rozwiniętych. Przypadek ten i z tego jeszcze względu należy uważać za bardzo pouczający, że wykazuje jak odległe narządy jamy brzusznej musi się brać pod uwagę u kobiet przy różnicowaniu rozpoznania w związku z chorobami narządów rodnych.

Dr. Alfred KAMSLER. Zakopane.

Podział gruźlicy płuc, czy wypowiedzenie się o chorym na gruźlicę płuc.

Od czasu do czasu napotykamy coraz to nowe próby ułożenia podziałów gruźlicy płuc, które uwzględniają zazwyczaj tylko jeden punkt widzenia na tę sprawę chorobową jak n. p. jej rozmiar, sposób jej powstania, formę anatomiczną, kliniczną i t. d. Wszelkie jednak próby w tym kierunku podjęte chybiły — jak to z wielkiej ilości prac na ten temat wynika — a pozostaje to bezsprzecznie w związku z niesłychaną różnorodnością gruźlicy płuc, która w rezultacie powoduje bądźto jednostronność, bądźto nieścisłe wyczerpanie podziału. Można bodaj twierdzić, że każdy chory przedstawia specjalną formę gruźlicy. W długim szeregu obserwacyj zaledwie wyjątkowo znajduje się tensam obraz chorobowy u dwóch różnych pacjentów. Można wprawdzie nieraz znaleść podobne sobie przypadki na sekcji lub na zdjęciu Roentgena, podobieństwo to jest jednak rzekome.

Często napotykamy przypadki o nieznacznej rozległości, powodujące mimo to ciężkie objawy ogólnego zatrucia, tak, iż chory nie jest w możności wykonać nawet najlżejszej pracy. Dalej widzimy pacjentów z rozległą obustronną rozpadową gruźlicą, którzy mimo to czują się dobrze i bez szkody dla siebie pracować mogą. W końcu napotykamy przypadki, które kilka lat temu musiano uznać jako niemożliwe do uratowania, które jednak przy dzisiejszym stanie lecznictwa prognostycznie uznane być muszą jako korzystne — przyczem na pierwszy plan wysuwa się leczenie chirurgiczne.

Toteż nietylko sam proces chorobowy ma być uwzględniony przy ocenie poszczególnego wypadku lecz i inne różne momenty, i one to nie pozwalają na wtłoczenie jednostki chorobowej w zbyt jednostronny podział. Ważnemi są tutaj zarówno stosunki socjalne jak i czynniki klimatyczne, zarówno wiek jak i płeć pacjenta, dalej stosunki immunizacyjne, fizyczna i psychiczna konstytucja i t. d.; a to wszystko musi być w każdym poszczególnym przypadku przestudjowane, wprost przeniknięte. Nie bez znaczenia będzie też wydajność chorego, która należy wypróbować podczas obserwacji w każdym wypadku. Nieraz daje ona wyniki, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, jakby niezależne w zupełności od formy i stanu schorzenia, a które najlepiej jeszcze rozstrzygają o społecznej wartości pacjenta.

Cóż właściwie powinien określać podział gruźlicy płuc?

Otóż należy go rozpatrywać w pierwszym rzędzie z punktu widzenia lekarza praktyka, gdyż w zasadzie ten odkrywa zwyczajnie cierpienie i odsyła chorego do specjalisty, względnie miejsca kuracyjnego, a po skończonej kuracji w dalszym ciągu chorego leczy. Toteż obowiązkiem specjalisty jest dokładne pouczenie lekarza domowego o stanie chorego, a należy to uskutecznić, w myśl wyczerpującego, a jednak prostego podziału. Powinien on przedstawiać możliwie krótko a jasno stan chorobowy pacjenta — i to jest pierwszym warunkiem podziału.

Ze względu na wielką doniosłość społeczną gruźlicy płuc, musi się dalej koniecznie wypowiedzieć o tem, czy dany pacjent może podjąć normalny tryb życia i normalną pracę. Jednak orzeczenie takie można wypowiedzieć jedynie na podstawie dłuższej obserwacji. Jednorazowa, choćby najdokładniejsza obserwacja, prowadzi zazwyczaj do fałszywych wniosków. Choroba względnie chory wykazuje wprawdzie jakiś główny kierunek przebiegu, lecz wiadomem jest, że istnieją w przebiegu schorzenia, przerzuty, nawroty, poprawa i najróżnorodniejsze wahania, które muszą być uwzględnione. Tutaj właśnie możemy mówić o prawie dynamicznem gruźlicy w przeciwieństwie do prawa statycznego (Sternberg). Jednorazowe badanie powie wprawdzie wiele o chwilowym stanie chorego i sprawy chorobowej, nie wypowiada jednak nic o przebiegu ani też o niezmiernie ważnem rokowaniu.

W końcu muszą być w podziale gruźlicy płuc uwzględnione możliwości lecznicze, gdyż niezmiernej wagi dla chorego jest fakt, czy jego stan chorobowy zezwala na czynny zabieg chirurgiczny. Ciekawą rzeczą jest, czy dany pacjent pozostawał już w leczeniu, czy kuracja była wystarczającą by wstrzymać postęp sprawy chorobowej i czy stwierdzono tendencję do poprawy wzgl. pogorszenia i wreszcie czy istnieją widoki korzystnego zastosowania jednej z nowoczesnych metod leczniczych.

Wszelkie dotychczas znane podziały nie odpowiadają tym wymogom, są one układane jednostronnie, bądźto z punktu widzenia klinicznego, biologicznego i t. d., a nie wypowiadają się o przebiegu, rokowaniu lub też możliwości leczenia danego pacjenta. Bez kwestji ważną jest pewność czy dany proces jest przeważająco przerostowym (productiv), czy wysiękowym (exudativ) (Aschoff). Również podziały kliniczne Barda

i N e u m a n n a nie są pozbawione wartości mimo, iż są dla niespecjalisty albo nawet dla pojęć specjalisty bardzo skomplikowane. Jednostronność tych podziałów, czyni je bezwzględnie niewystarczającemi.

Toteż należałoby w tym miejscu wskazać na kombinację dwóch podziałów, która zdaje się jeszcze najlepiej jest w stanie usunąć dotychczasowe braki. Kombinujemy podziały S t e r n b e r g a i T u r b a n a. Przyczem podział T u r b a n a wzoruje się na modyfikacji O e r i'e g o z tem, że podaje rozprzestrzenienie sprawy chorobowej dla każdego płuca z osobna. W ten sposób możemy dokładniej ocenić sprawę chorobową z leczniczego punktu widzenia. I na tem właśnie polega różnica między podziałem naszym, a S t e r n b e r g a, uwzględniającym jedynie stan silniej zaatakowanego płuca.

1. p r z y k ł a d: po lewej stronie 1, po prawej 3. Dodajmy do tego — d e k o m p e n z a c j a, a wtedy wiemy już wszystko o danym przypadku. Wiemy wtedy bowiem, że sprawa chorobowa jest przeważająco jednostronną i cechują ją ciężkie objawy ogólne jak i lokalne, jednak wszelkie możliwości lecznicze mogą być w tym wypadku z wielką korzyścią stosowane, toteż rokowanie wypaść musi względnie dobrze.

2. p r z y k ł a d: po lewej 2, po prawej 2. P o d k o m p e n s a c j a. Tutaj możemy przyjąć, że chory przebył kurację, przyczem stan jego uległ polepszeniu, jednak nie wyleczeniu. Pacjent może ewentualnie podjąć lekką pracę, szanując się jednak w dalszym ciągu.

3. p r z y k ł a d: po lewej 3, po prawej 2. K o m p e n z a c j a. I tutaj zupełnie pewnie wiemy, co o danym chorym myśleć. Jest to osobnik poważnie chory, możliwie nawet w wieku starszym, którego organizm zwyciężył w walce z chorobą, przyczem chory będąc w korzystnych warunkach socjalnych i klimatycznych, może być wartościowym członkiem społeczeństwa.

Gdybyśmy jeszcze w tym podziale uwzględnili obecność kawerny — co nie jest jednakowoż bezwzględnie koniecznem — byłoby określenie każdego przypadku napewno bardzo dokładne.

Znaczenie tego mieszanego podziału polega szczególnie na tem, że w krótkich słowach daje nietylko obraz danej sprawy chorobowej lecz wypowiada też sąd o danym chorym. Jednak sąd ten powinien być wydanym dopiero po dokładnem przestudjowaniu danego przypadku. Posługując się tym podziałem nie wolno oczywiście odrzucać w zupełności innych podziałów i związanych z niemi pojęć. Przeciwnie, najpierw nastąpi podział przypadku na jeden z trzech stadjów według R a n k e'g o, dalej stwierdzoną zostanie forma anatomiczna i kliniczna itd. a w końcu dopiero wydamy sąd na podstawie rozszerzonego podziału według T u r b a n a i S t e r n b e r g a. Tę kolejność podziału uważamy za szczególnie ważną.

Przytoczony wyżej podział robi może wrażenie prymitywne, jest on jednak — naszym zdaniem — bardzo odpowiedni dla lekarza praktyka. Nie osądza chorego na podstawie jednorazowego badania, lecz daje obraz przebiegu sprawy chorobowej, a więc dynamikę płuc, co przy dzisiejszej opiece społecznej, leczeniu i wogóle zapatrywaniu na gruźlicę jest niezmiernie ważne.

———————

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Anna ELJASZ. Berlin.

Niemiecka ustawa o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Ustawodawstwo w zakresie chorób wenerycznych jest jednym z najbardziej zawiłych problemów z powodu właściwości biologicznych i epidemjologicznych tych chorób, ich odrębnego stanowiska, uzasadnionego względami psychologicznemi, oraz łączącego się z niemi kompleksu momentów społecznych, prawnych, ekonomicznych i kryminalistycznych. Z powyższych względów zasługują na uwagę wszelkie próby ujęcia w normy prawne walki z temi chorobami, a jedną z nich jest niemiecka ustawa z dn. 18 lutego 1927 r.

Zaznajomienie się z genezą ustawy, jej treścią, i szczegółami technicznemi jej stosowania zawdzięczam łaskawym informacjom przewodniczących niemieckiego „Towarzystwa dla zwalczania chorób wenerycznych" Prof. J a d a s s o h n a i Prof. F. P i n k u s a, oraz Dr. L u m m e r a, naczelnego lekarza centralnej poradni przeciwwenerycznej w Berlinie.

Ustawa niemiecka jest pojęta w duchu abolicjonistycznym: nakłada obowiązek leczenia się na wszystkich wenerycznie chorych, znosząc tem samem wyjątkowe stanowisko prawne prostytutek; zamiast dotychczasowego nadzoru policyjnego wprowadza system opieki społecznej, przy pomocy której osiągnięto tak dobre wyniki w walce z innemi chorobami społecznemi, (gruźlica). Głównym jej celem jest zwalczanie chorób wenerycznych, a więc zagadnienie natury czysto higjenicznej; przyczem opiera się na założeniu, (którego słuszność może być zresztą dyskutowana), że podstawą profilaktyki społecznej są nowoczesne metody leczenia.

Po ustawie o szczepieniu ochronnem ospy i po ogólnych przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, ustawa omawiana, jest trzecią z rzędu na polu ustawodawstwa higjenicznego. Poprzedzona trzema projektami, została w ostatecznej swej formie ogłoszona dnia 18 lutego 1927 r. i weszła w życie 1 października tegoż roku.

W genezie jej główną rolę odegrały dwa czynniki: dążność do zmodernizowania metod walki z chorobami wenerycznemi, reprezentowana przez niemieckie Towarzystwo dla zwalczania chorób wenerycznych, które się składa głównie z lekarzy, oraz walka organizacyj kobiecych o dalsze zdobycze na polu równouprawnienia; w szczególności jest ona pierwszym realnym wynikiem prawa głosowania kobiet.

Ponieważ problemy, wchodzące w jej zakres, podlegały namiętnym sporom i dyskusjom, jako kwestje, do których każdy ustosunkowuje się zależnie od swego światopoglądu, więc też ustawa ta nie ma jednolitej linji jest wypadkową ścierających się poglądów i dążeń.

W skład ustawy wchodzi 19 paragrafów, które rozpadają się na następujące grupy: I.: postępowanie wobec wenerycznie chorych, II.: obowiązki lekarzy i zagadnienia terapeutyczne. III.: ochrona dziecka i profilaktyka zakażenia drogą pozapłciową. IV.: nowe uregulowanie zagadnienia prostytucji.

I. grupa obejmuje § 1—7 § 1 wymienia jako choroby weneryczne kiłę, rzeżączkę i wrzód miękki, bez względu na okolicę ciała, na której wystąpią objawy chorobowe; przyczem pomija chorobę Durand-Nicolas-Favre'a, która w Niemczech nie należy bynajmniej do nadzwyczajnych rzadkości.

§ 2 wkłada na każdego, kto wie, albo na podstawie towarzyszących okoliczności musi przypuszczać, że cierpi na chorobę weneryczną połączoną z niebezpieczeństwem zakażenia, obowiązek leczenia się u lekarza uprawnionego do praktyki w państwie niemieckiem; dla ludzi niezamożnych, nieubezpieczonych, albo w wypadkach, kiedy leczenie w instytucji ubezpieczeniowej mogłoby pociągnąć za sobą materjalną szkodę, ma być zapewnione leczenie na koszt publiczny.

Stanowisko prawne § 2 jest rozmaicie interpretowane. J a d a s s o h n, B l a s c h k o uważają go za „apel moralny", F i n g e r zaś i H e l l w i g za podniesienie obowiązku moralnego do obowiązku prawnego. Obowiązek leczenia się nie odnosi się do tych faz choroby wenerycznej, w której istnieje możliwość zakażenia, bo stwierdzenie istnienia tej możliwości należy do zagadnień bardzo trudnych i niekiedy wprost nierozwiązalnych. Wystarczy wspomnieć np. o zakaźności kiły w okresie utajonym. Natomiast okres, w którym choroba weneryczna jest połączona z niebezpieczeństwem zakażenia, jest znacznie łatwiej dostępny dla naszych metod badania. „Kto wie, albo musi przypuszczać na podstawie towarzyszących okoliczności" jest to sformułowanie, zapożyczone z innych zakresów prawa i ma na celu ułatwienie dochodzenia w przypadkach, podlegających karnym paragrafom ustawy.

Ustawowy przymus leczenia się nie jest nowością; już poprzednio istniał on odnośnie do jaglicy i w niektórych przypadkach, jako warunek otrzymania renty od wypadku.

§ 3 wprowadza nowe i dotychczas w Niemczech nieznane pojęcie władzy sanitarnej, jako organu wykonawczego ustawy. Równocześnie ogranicza zadanie policji do roli czysto pomocniczej, natomiast podkreśla konieczność współpracy władzy sanitarnej z organizacjami opieki społecznej.

W ustawie brak bliższego określenia, co należy rozumieć przez władzę sanitarną; spotykamy je natomiast w rozporządzeniach wykonawczych krajów Rzeszy, które w tej kwestji zajęły bardzo różnorodne stanowisko, zależnie od nastrojenia w kierunku reglementarystycznym, czy też abolicjonistycznym.

Naogół można wyróżnić pod tym względem dwie grupy: Bawarja i Wirtembergja uważają ustawę za prawo o zwalczaniu chorób zakaźnych, którego wykonanie powinno zatem należeć do zakresu władzy administracyjnej, analogicznie do innych przepisów higjenicznych. Zgodnie z tym sposobem pojmowania władzą sanitarną są okręgowe władze administracyjne, w Monachjum i Stuttgarcie dyrekcja policji.

Saksonja Hessen, Anhalt i miasta hanzeatyckie rozwiązały kwestję organizacji władzy sanitarnej w ramach ustawodawstwa społecznego, które w szczególności w Saksonji stoi na bardzo wysokim poziomie i tu już dawno istniała dążność do wyodrębnienia

zagadnień higjenicznych z ogółu problemów, objętych przez opiekę społeczną. W tych krajach władzami sanitarnemi są okręgowe urzędy opieki społecznej. Prusy i Baden zajęły stanowisko odmienne o tyle, że funkcję władz sanitarnych powierzyły gminom, którym zresztą podlegają także inne działy opieki społecznej. Wykonanie ustawy powierzono wszędzie gminom i okręgom jako zakres władzy własny, analogicznie do innych zagadnień opieki społecznej, celem uniknięcia schematyzacji. Wyjątek stanowi Turyngja, gdzie okręgi mają spełniać zadania, wynikające z ustawy, jako zakres władzy poruczony, co ma tę dodatnią stronę, że zapewnia większą jednolitość postępowania w całym kraju.

Władza sanitarna składa się z kierownika, lekarza i siły wyszkolonej w opiece społecznej. Stanowisko lekarza i kierownika często jest połączone w jednej osobie.

Najważniejszym punktem ustawy jest § 4, który orzeka, że władza sanitarna może wymagać od osób, podejrzanych o chorobę weneryczną i jej szerzenie, przedłożenia świadectwa lekarskiego, w wyjątkowych wypadkach poddania się zbadaniu przez lekarza, wyznaczonego przez władzę sanitarną. Niekiedy może się okazać koniecznem przedkładanie kilkakrotne świadectw.

Doniesienia o chorobie wenerycznej muszą być wnoszone osobiście. Osoby, podejrzane o szerzenie choroby wenerycznej mogą być poddane leczeniu, które w niektórych przypadkach musi być przeprowadzane w szpitalu. O ile inne środki nie wystarczają do wykonania powyższych postanowień, jest dopuszczalne zastosowanie bezpośredniego przymusu. Do wykonania zabiegów lekarskich, połączonych z niebezpieczeństwem dla zdrowia, albo życia, konieczne jest zezwolenie chorego. Wedle rozporządzenia ministerstwa spraw wewnętrznych należy tutaj: leczenie salwarsanem, rtęcią i bismutem, nakłucie lędźwiowe, wziernikowanie pęcherza, cewnikowanie moczowodów i rozszerzanie cewki moczowej.

W § 4 mieści się główna myśl ustawy: rozszerzenie przymusu i kontroli na w s z y s t k i c h, którzy budzą podejrzenie szerzenia chorób wenerycznych, bez względu na płeć i stanowisko społeczne. Spornem jest rozstrzygnięcie, kiedy zachodzi wypadek wyjątkowy konieczności wystawienia świadectwa przez lekarza, wskazanego przez władzę sanitarną. Niektórzy sądzą, że to odnosi się do prostytutek. Zdaniem innych komentatorów, określenie to jest skierowane przeciw lekarzowi. Zgodnie z tą ostatnią interpretacją rozporządzenia wykonawcze krajów Rzeszy stwierdzają niewystarczalność świadectwa, wystawionego przez lekarza, dowolnie obranego przez chorego w następujących okolicznościach: I) jeżeli świadectwo nie pochodzi od specjalisty wenerologa, II) jeżeli wykazuje zasadnicze braki, III) jeżeli lekarz jest znany z tego, że odznacza się pobłażliwością w wystawianiu świadectw.

§ 5 i 6 pod względem treści bardzo ściśle wiążą się z sobą. § 5 grozi karą temu, kto obcuje płciowo, chociaż jest wenerycznie chory i o tem wie, albo musi przypuszczać na podstawie towarzyszących okoliczności. Poprzednio dochodzenie karne o zakażenie chorobą weneryczną było możliwe na podstawie § 223 ust. kar. o uszkodzeniu ciała. Wtedy musiał być stwierdzony fakt zakażenia, co wobec właściwości chorób wenerycznych może nastręczać wielkie trudności. Również bardzo trudne, niekiedy niemożliwe, jest wykazanie związku przyczynowego, np. w razie zakażenia kiłą przez osobnika, znajdującego się w okresie utajonym tej choroby. Natomiast znacznie łatwiej udowodnić jest komuś, że znajduje się w okresie choroby, połączonym z niebezpieczeństwem zakażenia, gdyż to niebezpieczeństwo jest uwarunkowane istnieniem wyraźnych objawów klinicznych. Do karalności na podstawie § 5 nie jest potrzebnem, aby zakażenie partnera faktycznie nastąpiło: wystarcza sam fakt narażenia go na niebezpieczeństwo zakażenia. Stąd też kara za przekroczenie § 5 nie może być większa, jak za uszkodzenie ciała. Użycie środków zapobiegawczych nie znosi karalności, chociaż z punktu widzenia lekarskiego możnaby uważać je za dostateczną ochronę przed zakażeniem. Karalnym jest stosunek dwóch osób wenerycznie chorych nawet wtedy, jeżeli cierpią na tę samą chorobę (niebezpieczeństwo superinfekcji). Partner zdrowy, który się godzi na stosunek z wenerycznie chorym nie jest karany, gdyż to byłoby sprzeczne z zasadniczem stanowiskiem prawa karnego, które samobójstwo pozostawia bez kary. Określenie „wie albo musi przypuszczać na podstawie towarzyszących okoliczności", podobnie jak w § 2, służy do ułatwienia przeprowadzenia dowodu winy.

Na podstawie § 6 karany jest ten, kto wie, że cierpi na chorobę wen., i nie uprzedziwszy o tem partnera, zawiera związek małżeński. Przytem nie koniecznie musiało przyjść do stosunku płciowego między małżonkami: karalny jest sam fakt formalny zawarcia małżeństwa. Nieważność małżeństwa znosi karalność, zaczepialność nie wywiera na nią wpływu. (Schäfer-Lehmann).

Postępowanie karne na podstawie obu paragrafów zostaje wszczęte tylko na skutek doniesienia, które może być cofnięte, o ile donosiciel pozostaje w stosunku pokrewieństwa do obwinionego. Przedawnienie następuje po 6-ciu miesiącach.

Ten tak krótki okres czasu miał na celu zapobieżenie wymuszeniom, doniesieniom z zemsty i t. d., równocześnie jednak odebrał obu paragrafom wszelką praktyczną wartość. Wiadomo bowiem, że objawy chorób wenerycznych są często w początkach bardzo niewyraźne, albo mogą wogóle wystąpić w kilkanaście lat po zakażeniu. Zdarza się to często, zwłaszcza u kobiet.

Jeżeli chodzi o stanowisko §§ 5 i 6 w systematyce prawa, to są to paragrafy karne, które nakładają karę za delikt, zagrażający dobru ogólnemu. Z punktu widzenia techniczno-prawnego ściślejszem byłoby określenie „zachowanie, zagrażające dobru ogólnemu", gdyż postępowanie karne następuje dopiero na skutek doniesienia. § 5 jest normą prawną subsydjarną w stosunku do § 223 o uszkodzeniu ciała. § 6 pozostaje do § 170 niem. pr. kar. o podstępnem wprowadzeniu w błąd przy zawarciu małżeństwa w stosunku *lex specialis* do *lex generalis*. Między §§ 5 i 6 zachodzi zbieg przestępstw realny.

Wykroczenie przeciw obu §§ pociąga za sobą także następstwa cywilno-prawne: 1) obowiązek odszkodowania w razie faktycznego zakażenia. 2) Może stanowić powód do rozwodu.

Logicznem uzupełnieniem § 6 byłby postulat przedślubnego świadectwa lekarskiego, które wprowadziły u siebie Szwecja, Danja i niektóre stany amerykańskie. Jednakże tylko od ludzi, stojących na bardzo wysokim poziomie kultury można wymagać, aby pozwolili narzucić sobie przymus, sięgający tak głęboko w sferę praw indywidualnych. Następnie, właśnie powyżej wymienione kraje miały sposobność przekonać się, że wprowadzenie w praktykę tej, teoretycznie zupełnie słusznej, zasady nie daje dobrych wyników. Wreszcie zaznaczyć należy, że współczesny stan diagnostyki chorób wenerycznych nie pozwala lekarzowi na to, aby na podstawie ujemnego wyniku swych badań stwierdzał z bezwzględną pewnością stan zdrowia, czy też zupełnego wyleczenia pacjenta, a tem samem przyjmował na siebie pełną gwarancję za przyszłe losy jego małżeństwa.

Jak wyżej wspomniano, nie należy się spodziewać, aby §§ 5 i 6 znalazły większe zastosowanie praktyczne. Mają one raczej być postrachem i przyczyniać się do obudzenia i wysubtelnienia poczucia odpowiedzialności.

II grupa obejmuje §§ 7—13. § 7 a stanowi wyłom w dotychczasowej wolności leczenia: leczenie chorób wenerycznych i wogóle schorzeń narządów płciowych dozwolone jest odtąd tylko lekarzom, aprobowanym przez państwo niemieckie. Postanowienie to wychodzi poza ramy ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, gdyż zakaz leczenia przez osoby nieuprawnione odnosi się także do schorzeń nowotworowych, gruźlicy i t. d. Miało to na celu ułatwienie dochodzenia winy, gdyż uniemożliwia wykręt, że nieuprawniony do leczenia, lecząc chorobę wen., uważał ją za schorzenie narządów płciowych innej natury.

Samoleczenie jest dozwolone. Również nie jest karany chory na chorobę weneryczną w okresie nie połączonym z niebezpieczeństwem zakażenia, jeżeli leczy się u nielekarza; nie podlega karze również i w tym przypadku, kiedy jego choroba jest zakaźna dla otoczenia, chociaż wtedy wykracza przeciw § 2.

§ 7 b zakazuje leczenia chorób wenerycznych na odległość i udzielania porad do samoleczenia w wykładach, odczytach, pismach i t. d. Uzupełnieniem tego postanowienia jest § 12 który orzeka, że nie podlegają karze odczyty, wykłady i pisma, mające jako temat choroby weneryczne i ich objawy, o ile nie zawierają wskazówek do samoleczenia.

§ 7 c nakłada karę na lekarzy, którzy reklamują się w sposób nieuczciwy w zakresie wenerologji. Komentatorowie rozmaicie tłumaczą określenie „w sposób nieuczciwy". Zdaniem F i n g e r a, prawodawca miał na myśli nieuczciwą konkurencję. H e l l w i g sądzi, że pod tem określeniem należy rozumieć szkodliwość dla ogółu którego dobro jest celem ustawy, nie zaś ochrona interesów stanu lekarskiego.

Między § 7 b i c zachodzi zbieg przestępstw idealny np. jeżeli lekarz reklamuje się w sposób niedozwolony, że udziela porad listownie, bez zbadania chorego.

§ 7 był najbardziej spornym punktem ustawy. Zdołano go przeprowadzić po namiętnej walce ze zwolennikami przyrodolecznictwa,którzy, jako jednym z głównych argumentów, przemawiającym przeciw metodom leczenia urzędowej medycyny, posługiwali się protokołami sekcyjnemi z przypadków zejść śmiertelnych po salwarsanie.

§§ 8 i 9 określają obowiązki lekarzy wobec wenerycznie chorych. Ten, kto bada, albo leczy wen. chorego, ma objaśnić go o rodzaju choroby, jej zakaźności i karalności czynności, określonych przez §§ 5 i 6, oraz wręczyć mu urzędowy druk z pouczeniem. Jeżeli chory usuwa się z pod obserwacji albo leczenia, albo z powodu swego zawodu i stosunków osobistych jest szcze-

gólnie niebezpieczny dla otoczenia, lekarz jest obowiązany zrobić doniesienie do władzy sanitarnej.

Podobnie jak § 7 znosi wolność leczenia odnośnie do chorób wen., tak też § 9 znosi odnośnie do tychże chorób tajemnicę lekarską. Neisser szedł tak daleko, że domagał się wprowadzenia ogólnego obowiązku zgłaszania wszystkich wenerycznych chorych, jako jednej z podstawowych metod zwalczania chorób, zagrażających bezpieczeństwu publicznemu, zgodnie z analogicznym przepisem w zakresie innych chorób zakaźnych. Ustawa poprzestaje jednak na wprowadzeniu tego obowiązku tylko odnośnie do tych chorych, którzy przerywają leczenie, pozostawia natomiast w spokoju tych, którzy się leczą i stosują do poleceń lekarzy. Postulat Neissera nie jest możliwym do zrealizowania z następujących powodów: 1) lekarze nie zgłaszaliby pacjentów, 2) chorzy zwracaliby się przedewszystkiem do takich lekarzy, o których byłoby wiadomo, że nie zgłaszają swoich pacjentów, 3) doniesienia są tylko podstawą i punktem wyjścia, nie zaś bezpośrednim środkiem do zwalczania chorób wenerycznych.

Za niespełnienie obowiązku pouczenia i zgłoszenia nie grozi lekarzowi kara, co najwyżej odpowiedzialność cywilnoprawna.

§ 10 stanowi niejako rekompensatę za wyłom, zrobiony w obowiązku tajemnicy lekarskiej, grożąc karą urzędnikowi władzy sanitarnej, jeżeli tenże bez upoważnienia wyjawi coś, o czem dowiedział się w drodze służbowej odnośnie do czyjejś choroby wen., jej przyczyny, albo stosunków osobistych pacjenta.

§ 11 zabrania wystawiania i reklamy środków do leczenia chorych wenerycznie wobec ogółu publiczności, z wyłączeniem lekarzy, aptekarzy i osób, uprawnionych do handlu temi artykułami.

§ 13 pozwala wystawiać na widok publiczny i reklamować środki profilaktyczne przeciw chorobom wen., wyjmując je z pod przepisów, zabraniających reklamy i wystawiania przedmiotów służących do użytku nierządnego. Przez ten § hasło „moralność ludu" zostało poświęcone dla celów higjenicznych. Powyższa grupa przepisów, podobnie zresztą jak cała ustawa, mieści w sobie wiele niejasności i sprzeczności. Wątpliwem jest, czy aptekarz, który sprzedaje lekarstwa na chorobę wen., choremu na jego własne żądanie, popełnia czynność karalną, czy też nie podlegający karze współudział w niepodlegającem karze samoleczeniu. Następnie podkreślanie konieczności leczenia się u lekarza aprobowanego przez państwo niemieckie z wykluczeniem lekarzy zagranicznych, nawet austrjackich i szwajcarskich, robi wrażenie, jakoby o prawie leczenia nie decydowała istotna kwalifikacja, lecz sam fakt aprobaty niemieckiej. W razie stosowania konsekwentnego tej zasady, lekarz zagraniczny, będący asystentem niemieckiej kliniki, nie mógłby się zajmować leczeniem wenerycznie chorych. Również nie byłoby wolno lekarzowi zagranicznemu, hospitującemu na klinikach i w szpitalach niemieckich, wstrzykiwać salwarsanu, robić jakichkolwiek zabiegów ginekologicznych albo urologicznych, itd.

Lekarze niemieccy zajęli wobec ustawy stanowisko rozmaite, często negatywne, a przynajmniej pełne rezerwy. Nie ulega bowiem wątpliwości, że ustawa pod niektóremi względami godzi w interesa ekonomiczne i podstawy ideowe stanu lekarskiego. Ustawa odbiera w znacznej mierze lekarzowi inicjatywę i kierownictwo w zwalczaniu chorób wen., przenosząc punkt ciężkości akcji przeciwwenerycznej na opiekę społeczną. Obowiązek donoszenia władzy sanitarnej opornych pacjentów jest pogwałceniem tajemnicy lekarskiej, tego palladjum stanu lekarskiego. Blaschko z oburzeniem podnosi, że ustawa narzuca lekarzowi rolę denuncjanta. Niektórzy sądzą, że § 9 odstręczy pacjentów od lekarzy i popchnie ich w ręce partaczy, od których będą mogli spodziewać się dyskrecji. Uciążliwa jest konieczność prowadzenia korespondencji z władzą sanitarną, pacjentami, poradnią itd. Wreszcie wytwarzają się bardzo drażliwe sytuacje, jeżeli chory chce zmienić lekarza.

§§ 14 i 15 zakazują karmienia dzieci kiłowych przez osoby zdrowe i naodwrót. Ponadto wprowadzają przymus świadectw lekarskich dla karmicielek.

§§ 16 i 17 regulują zagadnienie prostytucji, wypełniając lukę, powstałą przez zniesienie reglementacji. Istniejące dotychczas paragrafy karne w zmienionem brzmieniu orzekają, że podlega karze, kto 1) w sposób obrażający obyczajność i przyzwoitość nakłania do nierządu, 2) kto dla zarobku uprawia nierząd w pobliżu kościołów, szkół i innych miejsc, odwiedzanych przez dzieci i młodzież, albo w mieszkaniu, w którem znajdują się dzieci i młodzież między 3 a 18-tym r. życia, albo w gminach, liczących mniej, jak 15.000 mieszkańców. § 17 zabrania koszarowania prostytutek. §§ 18 i 19 mają znaczenie czysto formalne i odnoszą się do wejścia w życie ustawy.

Rozpatrzenie poszczególnych paragrafów wskazuje, że ustawa wkracza w różne zakresy prawa; naogół jednak należy stwierdzić, że poza kilku paragrafami karnemi ma ona charakter prawa administracyjnego.

Uzupełnieniem ustawy są rozporządzenia wykonawcze krajów Rzeszy, których treścią jest rozwinięcie niektórych niezbyt jasnych pojęć w niej zawartych, oraz strona techniczna jej wykonania.

Dotychczas ośrodkiem walki z chorobami wenerycznemi były poradnie. Pierwsza poradnia powstała w Hamburgu w r. 1914, obecnie liczba ich dochodzi do 270, w samym Berlinie jest ich 20. Zadaniem ich jest bezpłatne badanie chorych, udzielanie bezpłatnej i dyskretnej porady, ułatwianie niezamożnym leczenia, wpływanie na chorych, aby się sami zgłaszali, nadzór nad nimi, aż do zupełnego wyleczenia, wyszukiwanie źródeł zakażenia, szerzenie uświadomienia w zakresie chorób wen. i higjeny seksualnej. Dotychczasowa działalność poradni dała bardzo pomyślne wyniki, toteż w nowo wytworzonym systemie prawnym przyznano im znaczny współudział. Zarówno rozporządzenia wykonawcze, jak i ustawa podkreślają konieczność stwarzania jak największej ilości poradni oraz ich współpracy z władzą sanitarną. Spornem jest, czy w poradniach ma się odbywać leczenie. Rozporządzenia wykonawcze rozstrzygnęły tę kwestję przeważnie negatywnie. Tylko niektóre poradnie w Berlinie są równocześnie lecznicami i na tem tle przyszło do ostrego zatargu między lekarzami, a miastem Berlinem.

Schemat postępowania wobec chorych przedstawia się następująco: jak długo chory się leczy i przestrzega poleceń lekarzy, nie wchodzi w kolizję z ustawą. Gdy bez zawiadomienia lekarza usunie się z pod kontroli, albo leczenia, lekarz obowiązany jest upomnieć go listownie, a gdy to nie skutkuje, zrobić doniesienie do władzy sanitarnej, albo do poradni, zależnie od miejscowego uregulowania tej kwestji.

Zakres osób, któremi się zajmuje władza sanitarna, dzieli się na dwie grupy:

I) osoby podejrzane o chorobę wen. i jej rozszerzanie. Pod to określenie ustawy podpadają według rozporządzeń wykonawczych osoby, które wykraczają przeciw §§ 5, 6, 16, te, które zostały zgłoszone przez lekarzy, albo poradnie na podstawie § 9, oraz te, o których wiadomo, że uprawiają częste zmienne stosunki płciowe. Wreszcie doniesienia mogą pochodzić od policji, albo od osób prywatnych. W tym ostatnim wypadku donosiciel musi być przesłuchany osobiście przez lekarza. Podejrzany musi przedłożyć świadectwo lekarskie, że jest zdrowy, względnie, że pozostaje w leczeniu, przyczem świadectwo może być wystawione przez dowolnego lekarza, albo przez poradnię.

W razie stwierdzenia choroby wypytuje się chorego o źródło zakażenia, przyczem dla celów śledztwa policyjnego w braku innych danych posługuje się signalement. Pierwsze wezwanie do przedłożenia świadectwa otrzymuje chory pocztą w zamkniętym liście. Gdy to nie skutkuje, „Fürsorgerin" odwiedza chorego w jego mieszkaniu w sposób niezwracający uwagi i nakłania do poddania się zbadaniu.

Ostatnim etapem jest przymus policyjny.

II) grupa obejmuje osoby wen. chore, które swą chorobę rozszerzają. Władza sanitarna nie ogranicza się do stwierdzenia choroby, ale interesuje się ogółem warunków materjalnych i właściwości moralnych chorego. Diagnoza socjalna jest koniecznem uzupełnieniem lekarskiej. Leczenie przeprowadza się z reguły ambulatoryjnie. Jeżeli okaże się, że chorzy nie leczą się konsekwentnie, że przez swój zawód, albo wskutek warunków mieszkaniowych są niebezpieczni dla otoczenia, skierowuje się ich do szpitala. Jeżeli chory nie chce się leczyć, zostaje przez policję odstawiony do szpitala, gdzie pozostaje tak długo, aż miną objawy zakaźne. Po wypuszczeniu ze szpitala, względnie po ukończeniu leczenia, ustaje kontrola lekarska i chory przechodzi pod nadzór opieki społecznej.

Wykonanie ustawy wymaga znacznych funduszów. Skąd się ma je wziąć, o tem ustawa nic nie mówi, pozostawiając tę sprawę do rozstrzygnięcia krajom. Te ze swej strony cały ciężar kosztów przeniosły na gminy. Ponieważ środki finansowe gmin okazały się niewystarczające, wprowadzono podział kosztów między gminy, a instytucje ubezpieczenia społecznego: kasy chorych, krajowy zakład ubezpieczeń, ubezpieczenie urzędników państwowych i prywatne instytucje dobroczynne, przyczem jedną połowę kosztów ponoszą powyższe instytucje ubezpieczeniowe, drugą gminy, które otrzymują w tym celu subwencję państwową w wysokości 1/4 kosztów.

* * *

Zawcześnie byłoby już dzisiaj osądzać, czy ustawa spełniła swoje zadanie, t. j. spowodowała zmniejszenie się chorób wenerycznych. Będzie to możliwe dopiero po wielu latach, gdy zostanie zebrany dostatecznie wielki materjał statystyczny; a nawet i wtedy ocena ustawy nie będzie rzeczą łatwą. Choroby wen. jak każda choroba społeczna, jak każde wogóle zjawisko społeczne są wypadkową zawiłego kompleksu czynników, wśród których

trudno wyróżnić moment decydujący. Krzywa chorób wen. jest zależna od warunków społecznych i ekonomicznych, od prawodawstwa, od metod leczenia; ponadto podlega wahaniom t. zw. epidemjologicznym, zależnym od właściwości biologicznych samego zarazka. To też tylko bardzo krytyczne opracowanie materjału statystycznego, z uwzględnieniem wpływu wszystkich czynników, może stworzyć podstawę do wyciągania ogólnych wniosków. Dziś można mówić tylko o stronie technicznej wykonania ustawy, o tem, o ile jej postulaty okazały się możliwe do przeprowadzenia i w jakim kierunku ma pójść ich korektura.

Ustawa znosi wyjątkowe stanowisko prostytutki, wychodząc z założenia, że system reglementarystyczny zawodzi w walce z chorobami wen., gdyż pozwala ująć znikomo małą ilość źródeł zakażenia. Jako przykład niech posłuży statystyka berlińska: przed wejściem w życie ustawy ilość reglementowanych prostytutek wynosiła 4610, podczas gdy liczbę tajnych oceniano na 30.000. Obecnie sama tylko poradnia centralna w Berlinie udziela rocznie ok. 50.000 porad. A zatem nie ulega wątpliwości, że nowa ustawa obejmuje daleko szerszy zakres osób, niż reglementaryzm. Jest wielką zasługą twórców ustawy, że potrafili zerwać z utrzymującą się przez wieki sugestją, że tylko kobieta ma być ścigana i kontrolowana jako źródło zakażenia, pogląd, który jest nietylko wielką niesprawiedliwością społeczną, ale także absurdem z punktu widzenia higjenicznego.

Ustawa znosi postanowienia karne wobec prostytutek i nazwę prostytutki. Oczywiście nie może znieść samej prostytucji, bo to nie udało się nigdy żadnemu systemowi. O niemożliwości tego przekonuje wiekowe doświadczenie i rozważenie tła psychologicznego i socjalnego prostytucji. Celem ustawy nie jest też bynajmniej walką z prostytucją, ale walka z chorobami wenerycznemi. Do osiągnięcia swych celów ustawa używa innych środków, niż reglementaryzm: zamiast przymusu policyjnego i metod biurokratycznych, posługuje się opieką społeczną, dostosowaną do indywidualności chorego, szerzeniem uświadomienia i poczucia odpowiedzialności wśród ogółu, wpływaniem na chorych, aby dobrowolnie i bez nacisku policyjnego poddawali się leczeniu i kontroli. Zarówno względy etyczne, jak teorja i praktyka administracyjna zaprzeczają temu, jakoby policja mogła być regulatorem moralności publicznej.

Myśłą przewodnią ustawy jest ochrona społeczeństwa, a nie jednostki: przepisy zajmują się chorymi tylko wtedy, gdy ich choroba znajduje się w stadjum niebezpiecznem dla otoczenia: starają się przedewszystkiem zapobiec szerzeniu się chorób, troszczyć się o leczenie chorego tylko o tyle, o ile to jest podyktowane względami zapobiegawczemi. Przepisy ustawy w znacznym stopniu ograniczają wolność indywidualną i poświęcają ją dla dobra ogółu.

Niektórzy wenerologowie idą tak daleko, że domagają się kontroli całej ludności w kierunku chorób wenerycznych; oczywiście tego rodzaju postulat będzie musiał na długo pozostać w sferze marzeń.

Jak już wyżej wspomniano, przy omawianiu genezy ustawy, jest ona dziełem kompromisu. Stąd też niektóre podstawowe postulaty są bardzo nieśmiało sformułowane. Na każdym kroku spotyka się określenie „może", zamiast „jest obowiązany". Na każdym kroku ustawa nakłada obowiązki, nic nie mówi, co się stanie z tymi, którzy tych obowiązków nie spełnią, np. lekarz nie jest karany, jeżeli zaniedba pouczenia chorego, albo nie zrobi na niego doniesienia do władzy sanitarnej; chory nie podlega karze, jeżeli się nie leczy itd.

Ustawa jest dziełem niemieckiego „Towarzystwa dla zwalczania chorób wenerycznych", które przeważnie składa się z lekarzy przy małym współudziale prawników. Słusznem jest, aby strona merytoryczna ustawy należała do lekarzy; natomiast jej strona formalna powinna należeć do prawników. Toteż na prawie lutowem zemścił się fakt, że układali je lekarze, którzy nie zwracali uwagi na stronę techniczno-prawną. Następstwem tego jest szereg niejasności, które dopuszczają bardzo różnorodną interpretację, a nawet wprost zagrażają podstawowej idei ustawy. O niektórych była już mowa przy omawianiu poszczególnych paragrafów. Należy tu podkreślić, że właśnie §§ 4 i 16, które mieszczą w sobie myśl przewodnią ustawy, zawierają mnóstwo elastycznych, kauczukowych określeń, jak: „osoby podejrzane o chorobę weneryczną", „przypadek wyjątkowy", „sposób, obrażający moralność i przyzwoitość". Cóż może być bardziej subjektywnie tłumaczone, jak pojęcie przyzwoitości i moralności? Wedle rozporządzeń wykonawczych podejrzenie o chorobę weneryczną i jej szerzenie istnieje odnośnie do osób, zgłoszonych przez lekarzy na podstawie § 9, do tych, które wykraczają przeciw §§ 5, 6, 16, oraz tych, o których jest wiadomo, że uprawiają często zmienne stosunki płciowe. Ponieważ w praktyce § 5, 6 i 9 mają małe zastosowanie, pozostają dwie ostatnie kategorje, a więc ten sam zakres osób, które w systemie reglementarystycznym podlegały kontroli policyjnej. Jakkolwiek w zasadzie każdy ma prawo przedłożyć świadectwo dowolnie wybranego lekarza, to przecież w „wypadkach wyjątkowych" istnieje przymus badania przez lekarza władzy sanitarnej. Wspominałam już poprzednio, że określenie „przypadek wyjątkowy" może być rozmaicie tłumaczone, zatem może się zwracać przeciw prostytutkom. A więc jakkolwiek ustawa jest pojęta w duchu abolicjonistycznym, niektóre jej określenia pozwalają na stosowanie jej zarówno w kierunku abolicjonistycznym, jak reglementarystycznym, co znalazło wyraz w rozporządzeniach wykonawczych krajów Rzeszy. Tak np. w Monachjum władzą sanitarną jest dyrekcja policji. Rozbieżność w pojmowaniu ustawy przebija się także w różnorodnej organizacji poradni. Obok takich, na których czele stoi lekarz, spotyka się poradnie, gdzie lekarz odgrywa rolę uboczną i wszystko odbywa się tak, jak w erze reglementaryzmu, tylko usunięta jest nieprzyjemna nazwa policji.

Niejednokrotnie spotyka się z twierdzeniem, że nie można się obejść bez pomocy policji, jeżeli chce się skutecznie i konsekwentnie przeprowadzić ustawę. Do jakich wniosków mogą doprowadzić niejasne sformułowania ustawy, świadczy fakt, że niektórzy uważają ją wprost za ustawę reglementarystyczną, bo nigdzie nie jest wyraźnie powiedziane, że reglementaryzm został zniesiony. Oczywiście tego rodzaju twierdzenia pochodzą od prawników, którzy nie powodują się tak jak lekarze dobrą wolą w kierunku zrozumienia ducha ustawy, ale trzymają się ściśle strony formalnej.

Poza niejasnościami, niektóre przepisy nastręczają trudności techniczne w wykonaniu, albo też w zastosowaniu praktycznem dają wprost ujemne rezultaty.

Ustawa nie pozwala na kolektywne traktowanie kwestji prostytucji: podstawą postępowania jest indywidualny i konkretny przypadek zakażenia, który przez doniesienie dochodzi do wiadomości władzy sanitarnej. Otóż ze zrozumiałych powodów w wielkiej liczbie przypadków nie przychodzi do doniesienia. Wskutek usunięcia nadzoru policyjnego i karalności prostytucji ustały hamulce psychiczne, które powstrzymywały niektóre jednostki przed wejściem na drogę prostytucji, więc też bezpośrednim następstwem wejścia ustawy w życie był wzrost liczby prostytutek i pogorszenie obrazu ulicy.

Następnie w przypadkach bardzo zakaźnych, które wymagają energicznej i szybkiej interwencji, jest bardzo szkodliwą zawiła i przewlekła procedura. Władza sanitarna musi wyczerpać wszystkie, wskazane przez ustawę sposoby, nim ucieknie się do pomocy policji, a tymczasem chory bez przeszkody szerzy swą chorobę. W rozmaitych miejscowościach władze sanitarne niejednakowo konsekwentnie przeprowadzają sankcje przymusowe, następstwem tego jest fluktuacja odnośnych elementów z jednych miejscowości do innych, gdzie spodziewają się pobłażliwszego traktowania.

Nie ulega wątpliwości, że ustawa może oddać usługi w zwalczaniu kiły; przypadki świeże kiły będą znacznie łatwiejsze do ujęcia i unieszkodliwienia; leczenia swoiste będą konsekwentniej przeprowadzane; możliwem będzie utrzymywanie chorych w stałej kontroli i ewidencji. To wszystko przyczyni się w znacznej mierze do tępienia źródeł zakażenia. Jakkolwiek bowiem mogą istnieć różnice poglądów co do uleczalności kiły naszemi metodami leczniczemi, to nie może ulegać dyskusji fakt, że leki przeciwkiłowe usuwają w szybkim czasie objawy zakaźne tej choroby, a tem samem zapobiegają dalszemu jej szerzeniu się. Inaczej przedstawia się skuteczność ustawy, jeżeli chodzi o rzeżączkę. Tu okazuje się niemożliwością traktowanie na równi kobiet i mężczyzn, co jest przecież kardynalną zasadą ustawy, wobec tego, że rzeżączka kobiet daje zupełnie inną prognozę, niż męska. Jedni zapatrują się na tę kwestję optymistycznie i twierdzą, że rzeżączka kobieca jest uleczalna; w każdym razie gonokoki mogą zniknąć na bardzo długi czas z wydzieliny, a nawet jeżeli w przypadkach przewlekłych uporczywie się utrzymują, zakaźność ich jest znacznie osłabiona. (J a d a s s o h n).

Inni twierdzą, że rzeżączka kobiet, w szczególności prostytutek jest nieuleczalna. A zatem wobec stanu rzeczy, stworzonego przez nową ustawę, prostytutka musiałaby spędzać całe życie naprzemian we więzieniu na podstawie § 5 i w szpitalu na podstawie § 4. Jest rzeczą znaną, jak wielkiem obciążeniem dla oddziałów klinicznych, czy szpitalnych są chorzy, odstawieni przymusowo, których teoretycznie nie można zmusić do leczenia, a którzy swojem zachowaniem doprowadzają do ustawicznych konfliktów.

Wreszcie ujemną stroną ustawy jest to, że jest ona zbyt jednostronnie przykrojona na wielkie miasta. Przeprowadzenie jej na prowincji może natrafiać na przeszkody z powodu braku specjalistów wenerologów, sił, wyszkolonych w opiece społecznej, trudności finansowych itd.

Warunkiem powodzenia ustawy jest dobra wola i współpraca ogółu społeczeństwa. Cel jej zostanie osiągnięty, jeżeli chorzy będą dobrowolnie poddawać się leczeniu i kontroli i stosować się do pouczeń lekarzy; jeżeli władze będą czuwały nad konsekwentnem i zgodnem z duchem ustawy przeprowadzaniem przepisów, jeżeli lekarze będą zgłaszać chorych i wystawiać świadectwa zgodne z prawdą i oparte na trafnem rozpoznaniu. Szczególnie odpowiedzialnem jest stanowisko lekarzy, jak to określił Jadassohn, „ustawa jest votum zaufania, wyrażonem stanowi lekarskiemu". W ogólności ustawa odwołuje się do dobrych stron natury ludzkiej; w tem przebija się w całej pełni idealizm i szlachetny optymizm jednego z głównych jej twórców: Jadassohna.

Ustawa jest problemem nadzwyczaj ciekawym pod względem prawnym i socjologicznym, natomiast mniej interesującym z punktu widzenia lekarskiego. Jest niczem więcej, jak zbiorem przepisów higienicznych, odpowiadających postulatom nowoczesnej wenerologji w takiej rozciągłości i formie, jak je sobie da narzucić obywatel demokratycznego państwa.

JWiel. Panu Docentowi Bigo składam serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki i pomoc w opracowaniu materjału, zebranego w Niemczech.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Maurice Villaret, Fr. Saint-Girons et L. Justin-Besancon: *La Pression Veineuse Periphérique*. Etude physiologique, clinique et thérapeutique. Masson et Cie. Paris. 1930. Str. 318. Cena 38 franków.

Aby badania nad prawidłowemi lub chorobliwemi stanami narządu krążenia były zupełne, uwzględnić muszą wszystkie czynniki, w skład tego narządu wchodzące, a więc serce, tętnice, żyły i naczynia włoskowate. Niestety do ostatnich prawie czasów nie oceniano należycie znaczenia poszczególnych składników narządu krążenia. Szczególnie mało uwagi zwracano do niedawna na rolę systemu żylnego oraz ciśnienia żylnego w stanach fizjologicznych i patologicznych krążenia. Dopiero w ciągu 10 lat ostatnich żywiej zajęto się tem zagadnieniem. Prace jednak, tyczące się ciśnienia żylnego rozrzucone są w czasopismach i to nie zawsze dostępnych, przeto ukazanie się monografji o ciśnieniu żylnem, obejmującej dokładnie całokształt dotychczasowych badań nad tem polu, powitać należy, jako wypełnienie luki w literaturze, rozpatrującej zagadnienia krążenia.

W rozdziałach dobrze opracowanych autorzy podają swoje osobiste oraz obce spostrzeżenia. Zaznaczają, że ciśnienie żylne jest pewną stałą wartością w krążeniu, tworzy jednostkę, która uzupełniać powinna badania kliniczne. Po krótkim wstępie historycznym krytycznie rozbierają starsze metody pośredniego mierzenia ciśnienia żylnego. (Gaertnera, Oliwera, Hooker'a i Eystera, Recklinghausena, Franka i Reha, Pruche'a, Payana i Giranda). Metody pośrednie nie są pewne oraz są bardzo skomplikowane. Metodę pośrednią przez autorów opracowaną starają się jeszcze udoskonalić, kontrolując ją przy pomocy metody bezpośredniej.

Złożyli również manometr aneroidowy, nazwany „phlebopiérometre", przy pomocy którego można mierzyć ciśnienie żylne wprost. Techniczne przeprowadzenie jest łatwe i każdemu dostępne, który opanował technikę zastrzyków dożylnych. Chory łatwiej znosi ten zabieg, aniżeli nakłucie żylne lub leczniczy zastrzyk dożylny. Dzięki swej prostej konstrukcji pozwala ta metoda na przeprowadzenie całego szeregu mierzeń. Opisują również i inne metody bezpośrednie (Moritza i Tabory).

Ciśnienie żylne zmienia się pod wpływem różnych czynników. Autorzy omawiając wszystkie składniki narządu krążenia podkreślają, że każdy z nich jest w stanie wywołać większe lub mniejsze zmiany w wartościach ciśnienia żylnego. Odwrotnie, ciśnienie żylne posiada znaczny wpływ na stan narządu krążenia. Oddziaływa na ogólne rozmieszczenie krwi, na równowagę pomiędzy ciśnieniem żylnem obwodowem i środkowem, na szybkość krążenia w naczyniach włoskowatych, na ciśnienie naczyń chłonnych, na ciśnienie tętnicze, a ostatecznie na serce. W oddzielnym rozdziale opisane są stosunki ciśnienia żylnego w rozmaitych stanach fizjologicznych. Mimo ich różnorodności cechuje ciśnienie żylne pewna stała wartość. Do najbardziej zajmujących rozdziałów w monografji należy rozdział o zmianach ciśnienia żylnego w stanach chorobowych. Autorzy nie dochodzą, ani też nie podają ostatecznych wyników, uważając, że badania nad ciśnieniem żylnem nie są jeszcze ukończone. Podają tylko wyniki swoich badań dotychczasowych oraz innych autorów. Najwięcej uwagi poświęcają uszkodzeniom narządu krążenia. Omawiają stosunek ciśnienia żylnego w kardjopatjach, w przypadkach schorzenia układu żylnego (*venae cavae sup., venae portae, venae cavae inf.* oraz żył drobnych), w przypadkach nadciśnienia i sinicy. Badają również stan ciśnienia żylnego przy chorobach krwi. Spostrzeżenia kliniczne uzupełniają wynikami szeregu doświadczeń. Dołączają dokładne opisy chorób. Nie zapominają o zmianach ciśnienia żylnego w przebiegu ostrych i przewlekłych stanów patologicznych i innych. Omawiają je przy schorzeniach płuc, jamy brzusznej, nerek, przy schorzeniach nerwowych i innych. Ze swych spostrzeżeń klinicznych starają się wydobyć pewne korzyści lecznicze. W tej własnej części, poświęconej terapji, znaleźć można niektóre ciekawe wskazówki. W zmianach ciśnienia żylnego widzą autorzy bezpieczny wskaźnik dalszego, leczniczego postępowania. W ostatnim rozdziale podają autorzy leki, działające wprost na ciśnienie żylne. Z niektóremi pracowali tylko doświadczalnie, bez klinicznego potwierdzenia ich wartości.

Monografja ta jest cenną pomocą dla każdego, kto zajmuje się zagadnieniami narządu krążenia, tak ze względu na treść jak i ze względu na bogatą literaturę, umieszczoną na końcu monografji.

Warto wspomnieć jeszcze, że pomiędzy wymienionymi w monografji autorami z rozmaitych państw, pracującymi nad zagadnieniami, poruszanemi przez autorów, znalazłem nazwisko autora polskiego J. Misiewicza.

Ungar (Wiedeń).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII., nr. 3, z 15 stycznia 1931: J. Muszkatenblit: O raku pierwotnym płuca. — J. K. Szpilman: Stan obecny leczenia żylaków kończyn dolnych. — Sz. Fajgenblat: Guttadiaphot (streszcz. zbior.). — S. Waldorf-Kubiczek: Zapotrzebowanie wody na cele użytkowe.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 1 z r. 1931: M. Benisławska: Gimnastyka duchowa matek. — J. Prażmowska: Hałaśliwe zabawki. — S. Pfanhauser: Łyżwy, narty, czy saneczki. — M. Moszkowska: Karmienie niemowlęcia w 3 pierwszych miesiącach. — H. Weissmann: Stany kataralne.

Therapia nowa, rok II, nr. 12, z grudnia 1930: M. Krasuski: O stanach chorobowych, którym towarzyszy wzmożenie się ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny we krwi.

Dziennik urzędowy Izb lekarskich, rok II, nr. 1, z 1 stycznia 1931; Z naczelnej Izby lekarskiej; Z Izb lekarskich terytorjalnych: Informacje. — Wolne posady.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 2, z 15 stycznia 1931: W. Kraszewski: sztuczna odma piersiowa dwustronna w gruźlicy płuc. — W. Cz. Czarnocki: Zapalne i niezapalne zmiany mięśnia sercowego. — A. Gruca: O chirurgiczno-ortopedycznem leczeniu schorzeń reumatycznych stawów. — A. Wrzosek: Pochwała Józefa Mianowskiego.

Polski przegląd oto-laryngologiczny, tom VII, zeszyt 2—3, z r. 1930: A. Laskiewicz: Z kazuistyki ciał obcych dłuższy czas zalegających w oskrzelach. — J. Miodoński i T. Nodzyński: Leczenie błędnikowych powikłań w przypadkach ropnego schorzenia ucha środkowego. — T. Wąsowski: Wpływ adrenaliny i ephetoniny na odruchy błędnikowe. — B. Karbowski: Badania porównawczo-anatomiczne nad wodociągiem ślimaka i stosunkiem jego do przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu. — P. Rozwadowski: Jony cynku w leczeniu ropień ucha środkowego. — B. Sonnenschein: O uśmierzeniu bólów po tonsilektomji. — A. Schwarzbart: Porównawczy wykres hemogramu wedle nowej zasady i jego znaczenie kliniczne z szczególnem uwzględnieniem ropnego zapalenia ucha środkowego. — A. Laskiewicz: Przyczynek do leczenia zachowawczego zwężeń bliznowatych gardła i przełyku. — B. Dylewski: W sprawie falowania błoniastej przegrody nosowej po resekcji przegrody sposobem Kilana. — T. Wąsowski: Do kazuistyki ropni Citelli'ego. — K. Sawicz: Niezwykły przypadek dużej torbieli w okolicy lewego otworu nosowego. — H. Lewenfisz: Całkowite bliznowate zarośnięcie środkowej części przełyku, wyleczone diatermokoagulacją.

Młoda matka, nr. 2, z r. 1931: Cz. Hoppe: Obuwie dziecka. — Z. Glińska: O śnie dziecka. — T. Lewenfiszowa: Mróz, wiatr, spacer. — S. Średnicki: O pewnym brzydkim nałogu. — C. Bańkowska: Czy należy dzieci pieścić?

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 3, z 18 stycznia 1931: J. Muszyński: O hodowli gorzknika kanadyjskiego (Hydrastis canadensis). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok V, nr. 2, z 15 stycznia 1931: Komisja samorządowa zdrowia publicznego. — Z życia Związku Lekarzy P. P. - St. Czerwiński: Medycyna w konflikcie z prawem karnem. — E. Mittelstädt: Sprawozdanie lekarskie z oddziału szpitalnictwa magistratu m. Łodzi za rok 1929. — Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 29 listopada 1930 r. „O organizacji i funkcjonowaniu instytucji ubezpieczeń społecznych (c. d.). — F. Kasperowicz: Na marginesie instrukcji o organizacji dozoru nad żywnością.

Archiwum historji i filozofji medycyny, oraz historji nauk przyrodniczych, tom X, zeszyt 2: W. Ziembicki: Zdrowie i niezdrowie Jana Sobieskiego. Rozdział I. — L. Wachholz: Dwie obsady katedr lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim w wieku XIX. — A. Wrzosek: Zasługi Piotra Louis'a i Józefa Dietla w usunięciu upustu krwi z leczenia zapalenia płuc. — J. Tur: Regnerus de Graafi. — K. Stawiński: Inwentarz pracowni chemicznej Wszechnicy Wileńskiej z r. 1800. — J. Szczapiński: Ważniejsze wypadki życia mojego. Rozdział II. Wydał A. Wrzosek. — Listy Henryka Łuczkiewicza i Antoniego Andrzejowskiego do Józefa Dietla. Wydał A. Wrzosek. — Wł. Świrski: Ze wspomnień o ś. p. Dr. Antonim J. (Józefie Rollerze). — Kaz. Kardaszewicz, generał: Wykaz druków lekarskich XV, XVI i XVII w. znajdujących się w Bibljotece Publicznej m. stoł. Warszawy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.
Paris Chirurgical.

Nr. 1, 1930.

Villandre et Tacquet: Torakoplastykę przy gruźlicy płuc radzą zawsze poprzedzić wycięciem nerwu przeponowego. Właściwy zabieg wykonują zasadniczo w 3 posiedzeniach. Używają znieczulenia miejscowego; cięcie wzdłuż kręgosłupa i 11 żebra. Opisują zwykłą technikę.

Petit de la Villéon: *Chirurgja wneki płucnej.* Wskazania do zabiegu w tej okolicy stanowią rany kłute i postrzałowe z krwotokiem, ropnie po zranieniach, ropnie pochodzenia płucnego, guzy. Autor poprzedza właściwy zabieg odmą opłucnową na 8 dni przedtem. Dostęp otwiera z tyłu przez wycięcie kąta dolnego i brzegu środkowego łopatki, poczem wykrawuje płat z 2 do 3 żeber i odgina go ku kręgosłupowi. W dalszym ciągu postępuje od zewnątrz i tyłu ku przodowi i środkowi. Po skończonym zabiegu zakłada tampon Mikulicza.

Nr. 2, 1930.

Lambert et Bizard: *Chirurgiczne leczenie opadnięcia żołądka.*

Autorowie przyjmują za główne przyczyny dolegliwości bolesne rozciągnięcie sieci małej przez obciążony pokarmem żołądek i utrudnienie opróżnienia z powodu znacznej różnicy poziomów między dnem żołądka, a wysoko leżącym początkiem dwunastnicy. Według obserwacyj rentgenowskich treść bywa kilkakrotnie wyrzucana przez skurcze perystaltyczne żołądka i opada z powrotem na dno, aż silniejszy skurcz potrafi ją wrzucić do dwunastnicy. Autorowie stosują zawieszenie krzywizny dużej żołądka na taśmie o rozmiarach 12×2 cm wyciętej z pochewki przedniej lewego mięśnia prostego. Cięcie środkowe, w części dolnej skośne w dół i na lewo; wyciętą taśmę, która jest uszypułowana na swym przyczepie do żeber, przeprowadza się przez otwór w przestrzeni międzyżebrowej do jamy brzusznej. Taśmę obszywa się 2 fałdami surowicówki żołądka wzdłuż krzywizny dużej, nie dochodząc na 3 cm do odźwiernika; wolny jej koniec zszywa się tuż przy wątrobie z więzadłem obłem. Uzyskuje się podniesienie dna żołądka o 10—12 cm, a oś części odźwiernikowej i opuszki dwunastnicy staje się z pionowej poziomą. Wyniki późne dobre.

Victor Pauchet: *Wycięcie żołądka w znieczuleniu miejscowem.*

Znieczuleniu lędźwiowemu zarzuca niepewność i krótkotrwałość dla operacji na żołądku. Znieczulenie nerwów trzewiowych uważa za trudne, a więc skomplikowane i nienadające się do powszechnego użytku, a w rezultacie niepotrzebne. Znieczula półprocentową nowokainą linję cięcia w powłokach (wkłuwając także igłę ku bokom w mięśnie) i cztery punkty na krzywiznach żołądka, ograniczające pole operacyjne. Podnosi, że operujący w tych warunkach musi działać delikatnie i bardzo cierpliwie; kiedy operator się spieszy, nigdy znieczulenie miejscowe nie będzie wystarczające.

Luquet: *Technika zespolenia żołądkowo-dwunastniczego według Péana.*

Drobiazgowo opisuje wykonanie. Zaznacza, że doskonały fizjologicznie ten sposób, nie zawsze da się wykonać, conajmniej w 15—20%; dobry wynik wymaga szczególnie korzystnych warunków anatomicznych.

Nr. 3, 1930.

Michel et Guibal: *Rozległa amputacja prostnicy drogą ogonowo-kroczową w położeniu brzusznem Depage'a.*

Autorowie zalecają ułożenie chorego w pozycji klęcząco-leżącej, grzbietem do góry. Podnoszą łatwy dostęp od tyłu po wycięciu kości ogonowej i łatwość w podwiązaniu napinających się naczyń. Operują w znieczuleniu lędźwiowem. Zawsze zakładają przed zabiegiem odbyt sztuczny biodrowy na stałe, poczem przygotowują dolny odcinek przez systematyczne przepłukiwania. Zasadniczo otwierają otrzewną i usuwają kiszkę w możliwie wielkiej rozciągłości. Po uwolnieniu prostnicy i odcięciu zaopatrują kikut na głucho. Ranę zostawiają otwartą. Na 36 operacyj mieli 2 zejścia śmiertelne po zabiegu. Wyniki odległe nie gorsze niż przy sposobach rozległych brzuszno-kroczowych, które dają dużą śmiertelność pooperacyjną (u Paucheta 15%, u innych do 50%).

Tierny: *Amputacja prostnicy drogą brzuszno-kroczową w 2 posiedzeniach.*

Na pierwszem wykonuje wycięcie esicy z krezką i założenie trwałego odbytu biodrowego; kikut dolny zaopatruje i zapuszcza w głąb małej miednicy. Nad nim zeszywa otrzewną pokrywającą pęcherz z otrzewną ścienną małej miednicy. W 2—3 tygodnie wycina pozostałą część kiszki przez krocze. Operuje w znieczuleniu lędźwiowem. Na 6 przypadków w trzech wynik dobry przy obserwacji do 3 lat. Reszta zmarła po zabiegu. Zwraca uwagę na konieczność zachowania pierwszej bocznicy tętnicy krezkowej dolnej, a to dla należytego ukrwienia odcinka wszytego jako sztuczny odbyt.

Bressot: Autor opisuje 3 przypadki przetok ślinianki przyusznej względnie przewodu Stenona wyleczone przez wycięcie nerwu uszno-skroniowego (sposobem Leriche'a). Przed zabiegiem kilkakrotne przypalania nie dały żadnego wyniku; po zabiegu zabliźnienie w ciągu 3—5 tygodni. Zabieg wykonywa w znieczuleniu miejscowem, w razie nacieku zapalnego lub rozległej blizny w uśpieniu. Nerw wycina z małego cięcia przed płatkiem usznym (tak, jak do odsłonięcia tętnicy skroniowej), przed jego wejściem do przyusznicy.

K. Czyżewski (Lwów).

Piśmiennictwo amerykańskie.
Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Nr. 1—4, 1930.

Nordland: *Krtań w stosunku do chirurgji tarczycy.*

Na podstawie badań przeprowadzonych na 19 zwłokach — stwierdza autor, że *m. interarytenoideus* jest unerwiony wyłącznie przez nerw krtaniowy górny. W jednym tylko przypadku wymieniony mięsień otrzymywał gałązki tak z nerwu krtaniowego górnego jak i dolnego. Nerw krtaniowy górny dzieli się na dwie gałązki — cienką zewnętrzną, która biegnie do *m. crico-thyreoid.* — i wewnętrzną, grubszą, biegnącą przyśrodkowo i przechodzącą do krtani przez błonę tarczycową. Ta gałąź unerwia *m. interaryten.* i czasami ma połączenia z nerwem krtaniowym dolnym.

Ponieważ *m. interarytenoid.* jest unerwiony przez gałązkę wewnętrzną, a *m. cricothyreoid.* przez zewnętrzną nerwu krtaniowego górnego — wynika, że uszkodzenie tego nerwu względnie jego gałązek podczas zabiegu na wolu jest możliwe, a następstwem tego będą zaburzenia głosowe do zupełnej afonji włącznie. Uszkodzenie to najczęściej ma miejsce podczas podwiązywania t. tarczycowej górnej.

Ponieważ *n. recurrens* biegnie z przodu przed t. tarczycową dolną i to często po obu stronach, ponieważ przechodzi on w przestrzeń tarczycową nieco dalej od rowka tchawicowo-przełykowego, niż jak to zwykle jest w podręcznikach opisywane — by uniknąć jego uszkodzenia, należy podwiązywać t. tarczycową dolną pozapowięziowo.

Janik (Lwów).

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XX. Nr. 1. July. 1930.

I. Rubin (New York City): *Rozpoznanie zwężeń trąbkowych i ich umiejscowienia zapomocą przedmuchania i kymografu.*

Praca opatrzona licznemi wykresami i fotografjami objaśniającemi metodę i wyniki. Autor przekonał się, że w większości przypadków niedrożności trąbek można zapomocą wdmuchiwania CO_2 lub lipjodolu wykazać miejsce zwężenia trąbki, co może mieć znaczenie dla ewentualnego zabiegu operacyjnego.

Znaczniejsze trudności spotykał autor w przypadkach obustronnego zwężenia trąbek i to zarówno stosując gaz lub lipjodol. Doskonałym środkiem pomocniczym okazał się kymograf, z którego pomocą zdołał autor wielokrotnie wykazać nietylko stan czynności i skurcze trąbki, ale nawet zrosty jej z otoczeniem.

W. T. Kennedy (New York, N. Y.). *Odtworzenie szyjnych więzadeł po całkowitem wycięciu macicy.* Postępowanie autora można streścić następująco: Po podwiązaniu i odcięciu więzadeł okrągłych, lejkowo-miedniczych, tętnic macicznych i więzadeł krzyżowo-macicznych z obu stron i odpreparowaniu pęcherza, wycina się macicę wraz z przydatkami. Następnie zeszywa się na głucho pochwę dwuwarstwowo. Ponad szwem pochwowym zszywa się więzadła krzyżowo-maciczne, lejkowo-miednicze i okrągłe, a wszystko to razem pokrywa się otrzewną.

Autor operował w ten sposób 110 kobiet, a w tem 79 razy z równoczesnem wycięciem wyrostka robaczkowego, 99 razy miał rychłozrost, 9 razy rychłozrost z nieznacznemi tylko ubytkami, a 2 razy zakażenie z następowem zejściem śmiertelnem i to raz z powodu tężca i raz z powodu zapalenia otrzewnej. Powikłania miał następujące: zapalenie płuc 2 razy, zator, zapalenie zakażone żył, zapalenie pęcherza, miedniczek nerkowych i jelita grubego po razu.

Autor sądzi, że opisany przez niego sposób nadaje się do szerszego zastosowania z powodu swej łatwości i prostoty. Zyskuje się zaś przez to wiele, gdyż odtwarzając w ten sposób podstawę miednicy stwarza się o wiele korzystniejsze warunki, aniżeli przez samo tylko nadpochwowe odcięcie macicy.

L. Branscomb. (Birmingham, Ala). *Występywanie raka w kikucie po nadpochwowem odcięciu macicy.* Autorka dzieli swój materjał na dwie grupy. Do pierwszej (16 przyp.) zalicza te przypadki, w których rak pojawił się już w ciągu roku po operacji, do drugiej zaś (30 przyp.) te, w których między operacją, a wystąpieniem nowotworu minęło przynajmniej 2 lata.

Podział ten jest z tego powodu konieczny, gdyż w 16 przyp. pierwszej grupy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że rak istniał już w chwili operacji.

Operowane w drugiej grupie cierpiały na mięśniaki (33), sprawy zapalne (8), wypadanie macicy (1) i inne. Wynikałoby z tego, że obecność włókniaków sprzyja rozwojowi raka.

Leczenie w większości przypadków polegało na stosowaniu radu. Z pracy swej wysnuwa autorka następujące wnioski: Nadpochwowe odcięcie macicy można wykonać dopiero po bezwzględnem wykluczeniu raka szyi lub ciała macicy, a powtóre: chore, u których wykonano nadpochwowe odcięcie macicy, powinny pozostawać dłuższy czas w obserwacji, aby w razie jakichkolwiek podejrzanych objawów można było raka natychmiast rozpoznać i leczyć.

A. First — L. Goldstein (Philadelphia, Pa). *Niedokrwistość w ciąży.* Wiadomo ogólnie, że w ciąży występuje t. zw. „fizjologiczna anemja". Przyczyna jej dotąd nie jest w zupełności wyjaśniona. Składa się na to, przypuszczalnie, wiele czynników jako to: zabieranie żelaza z ustroju matki przez rosnący płód, niszczenie elementów krwi przez procesy hemolityczne, występywanie anemji chlorowej, jakoteż względne zmniejszenie się składników skutkiem zwiększenia ilościowego krwi. Autor mniema, że systematyczne badanie krwi i leczenie niedokrwistości w ciąży może mieć korzystne wyniki.

C. H. Davis — G. W. Stevens (Milwaukee, Wis). *Znaczenie badania radjograficznego noworodków* (na podstawie 702 przyp.). Autorzy badali obrazy radjograficzne noworodków, które prześwietlano często po kilka razy. 319 noworodków czyli 45% z punktu widzenia radjograficznego nie przedstawiało żadnych nieprawidłowości. U 383 dzieci czyli u 55% badanych przypadków wykazano w ten sposób różne nieprawidłowości. Najczęściej spotykano powiększenia gruczołu tarczycowego (u 229 dzieci = 32,6%). W zakresie płuc nieprawidłowy obraz uzyskano u 184 dzieci, co czyni 26% badanych, u 108 dzieci zaś stwierdzono nieprawidłowości serca (15%). Autor sadzi, że badanie radjograficzne noworodków, jakkolwiek daje bardzo interesujące dane dla celów statystycznych i porównawczych nie może być jeszcze uważane jako konieczna metoda.

H. C. Hesseltine (Jowa City, Jowa). *Powiększenie śledziony i marskość wątroby* (morb. Banti) jako powikłanie ciążowe, z opisem jednego przypadku.

R. T. Frank. (New York, N. Y.). *Naczyniak tkanki łącznej miednicy.* Dotąd nie opisano takiego przypadku. Przypadek autora dotyczy osoby niezamężnej 45-letniej, która w ciągu 8 lat dwukrotnie poddała się operacji. Pierwsza operacja wykonana była z rozpoznaniem: torbiel międzyblaszkowa. Usunięto wtedy guz miękki, krwawiący silnie, który okazał się „haemangioma cavernosum". Po ośmiu latach chora zgłosiła się z powodu bólów i objawów podobnych do tych, które skłoniły ją poprzednio do operacji. Próbne otwarcie jamy brzusznej wykazało jednak niemożność wyjęcia guza, który przerastał ścianę pęcherza na znacznej przestrzeni. Założono zatem rad częściowo wprost do guza, częściowo zaś przez pochwę w ilości 19,250 mg. hr. Badanie po 2 latach wykazało: ogólny stan chorej zupełnie dobry, miejscowo zaś po lewej stronie miednicy guz twardy wielkości małej pomarańczy, niebolesny.

E. Allen, D. D. Baker (Columbia, Mo). *Okresy miesiączkowe u małp pozbawionych jajników wywołane hormonami jajnikowemi.* Dorosłym małpom wycinano oba jajniki i podawano następnie w ciągu 24 dni hormon jajnikowy, wywołujący miesiączkę. Preparat „Amniotin-Squibb" podawano w gałkach żelatynowych do pochwy, dwa razy dziennie. Cała dawka wynosiła 1160 jednostek szczurzych na małpę. Po skończonem leczeniu występował okres utajonego działania trwający 6 dni, poczem zjawiała się miesiączka. U jednej małpy trwała ona 9 dni, u innych około 7 dni, a więc dwa razy dłużej niż prawidłowo. Również upływ krwi był silniejszy niż zwykle. Badanie moczu wykazało obecność hormonu. Autor uważa ten sposób podawania hormonu za bardziej celowy i skuteczniejszy od wstrzykiwań podskórnych.

D. Feiner — J. Kaldor (Brooklyn, N. Y.). *Osiowy skręt ciężarnej macicy.* Przypadek dotyczy 38-letniej italjanki, pierworódki, która zgłosiła się do zakładu z powodu nieprawidłowego (poprzecznego) położenia płodu. Badanie wykazało: brak pęcherza, macica była silnie obkurczona dookoła płodu, dolny odcinek nadmiernie rozciągnięty i bolesny. Ponieważ groziło pęknięcie macicy, a gruba i niepodatna szyja była drożna zaledwie dla palca, wykonano cięcie cesarskie i przekonano się, że macica w całości uległa skrętowi o 160 stopni na lewo. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

H. D. Furniss (New York, N. Y.). *Rzęsistek pochwowy (Trichomonas vaginalis).* Sprawozdanie z leczenia 35 przypadków, w wieku od 23—60 lat. Między niemi było 24 zamężnych, 11 wolnych, w tem 3 dziewice. U dwóch kobiet cierpienie to spostrzeżono w 12-ym i 14-ym r. ż. Autor przekonał się, że w wielu przypadkach rozpoznanie „vaginitis senil." było niedokładne, a dodatkowe badanie wydzieliny wykazywało obecność rzęsistka pochwowego. U 6 kobiet rozpoznano cierpienie to w okresie ciąży. 3 kobiety cierpiały na rzeżączkę, a 1 miała zakażenie mieszane.

Leczenie polegało na przestrzykiwaniu pochwy roztworem sublimatu (1:4000) nawet w okresie miesiączki i o ciepłocie 100° F. W niektórych przypadkach stosowano roztwory jeszcze słabsze, gdyż wystąpiły objawy zatrucia rtęcią. Już po kilku dniach znikał rzęsistek. Wyleczono w ten sposób 24 kobiet, które następnie pozostawały dłuższy czas w obserwacji.

A. E. Kanter, A. H. Klawens (Chicago, Ill.). *Atresia vaginae post partum* wraz z opisem przypadku: haematokolpos, haematometra et haematosalpinx.

G. R. Osborn (Tulsa, Okla). *Przypadek ciąży brzusznej rozpoznanej zapomocą uterogramu.*

R. L. Grogan (Fort Worth, Texas). *Poród po cięciu cesarskiem.* Opis dwóch przypadków. Pierwszy dotyczy 27 letniej wieloródki, która urodziła pierwsze dziecko siłami przyrody. Druga ciąża w 5 lat później skończyła się cięciem cesarskiem z powodu rzucawki porodowej. Trzeci poród prawidłowy, siłami przyrody.

Drugi przypadek: 34-letnia wieloródka. Przebyła trzy cięcia cesarskie, następnie laparatomję z powodu zrostów, wycięcie migdałków i leczyła się radem z powodu uporczywych krwawień. Ostatni poród odbyła w zakładzie, po założeniu balonu i obrocie urodzono płód żeński żywy i donoszony z nieznacznem tylko obrażeniem krocza. Połóg przebiegał prawidłowo.

W. A. Dafoe (Toronto, Ont.). *Brodawczak błony śluzowej macicy.* Przypadek dotyczy 59-letniej wieloródki, która przed 12 laty chorowała na złośliwą niedokrwistość. Z powodu nieregularnych krwawień od 6 miesięcy i podejrzenia na sprawę nowotworową wykonano wyskrobanie macicy. Badanie drobnowidowe wykazało brodawczaka wychodzącego z błony śluzowej macicy.

W miesiąc później wykonano całkowite wycięcie macicy z powodu obawy, że nowotwór zmieni się na złośliwy, samo zaś wy-

skrobanie macicy nie daje dostatecznej rękojmi, że opróżnienie macicy jest wystarczające.

Fr. C. Irving (Boston, Mass.). *Sposób stwierdzenia tożsamości noworodków w położniczym szpitalu w Bostonie.* Sposób ten polega na tem, że każdemu noworodkowi po kąpieli, a przed opuszczeniem sali porodowej w oczach matki zawiesza się na szyi metalowy krążek na którym wyciśnięte zostają początkowe litery nazwiska, z drugiej zaś strony liczba porządkowa porodu. Końce sznureczka zamyka się plombą, która uniemożliwia przemianę tych znaczków. Zupełnie taki sam znaczek otrzymuje matka dziecka na lewem przedramieniu.

Sposób ten okazał się bardzo dobrym i nadaje się zwłaszcza dla tych sal porodowych, w których dzienna liczba porodów jest duża.

M. Left (New York, N. Y.). *Słuchawka (Stetoskop) dla osłuchiwania serca płodu.* Dołączona fotografja zastępuje opis przyrządu i wyjaśnia w zupełności sposób jego życia.

Dr. K. Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Archiv für Gynaekologie.

T. 139, Z. 3.

Nürnberger. *Oznaczanie lipazy we krwi matek i dzieci.* Badania nad obecnością lipazy opornej na działanie atoksylu w surowicy krwi ciężarnych zdrowych i cierpiących na zatrucie ciążowe dały wynik ujemny. Również w surowicy krwi noworodków nie udało się autorowi wykazać lipazy. Wyniki tych badań nie potwierdzają zatem przypuszczenia, jakoby ciąża wywoływała schorzenie trzustki. Rzecz naturalna, że ten ujemny wynik badań nie wyklucza możliwości schorzenia trzustki wskutek ciąży. Powyższe badania autora nastawione bowiem były tylko na jednostronną czynność trzustki, a jest do pomyślenia, że n. p. zostaje uszkodzony składnik trzustki diastatyczny, tryptyczny lub wewnątrzwydzielniczy, a przytem lipaza do krwi nie przechodzi.

Badania porównawcze, ilościowe nad zawartością lipazy w surowicy krwi matek i dzieci (wykazanie stalagmometryczne hydrolizy tributyriny sposobem „Rona Michaelis") wykazały jużto te same już też różne ilości lipazy. U bliźniaków jednojajowych (z 3 krążeniem) wartości lipazy w surowicy krwi były różne.

Powyższe badania przemawiają za słusznością zapatrywania Willstättera, a mianowicie, że działanie lipazy zależy w wielkiej mierze od ciał dodatkowych. Ponieważ zaś dotąd nie udało się wykazać tego wpływu owych ciał dodatkowych na działanie lipazy w surowicy krwi, przeto wszystkie dotychczasowe badania nad zawartością lipazy we krwi matek i dzieci są niepewne.

Bokelmann i Dieckmann. *Znaczenie przemiany węglowodanów dla patogenezy i przebiegu drgawek ciężarnych.* Badania wykazały, że w przebiegu drgawek zdolność wątroby do zaoszczędzania cukru bardzo słabnie lub zupełnie ustaje. Jest to zatem zmiana czynnościowa podobna do tej, jaką widzimy w zatruciu fosforem, wywołanem doświadczalnie. Upośledzona jest również zdolność uruchomienia i przyjmowania tłuszczu, albo przemiany węglowodanów w tłuszcz, zmniejszone jest wreszcie stężenie całego tłuszczu i lipoidów we krwi. Na owej upośledzonej zdolności wątroby co do oszczędzania węglowodanów polegają nowsze próby leczenia drgawek glukozą i insuliną.

W późniejszych okresach drgawek jest insulina niezbędna, gdyż ona tylko umożliwia, by ustrój zużytkował doprowadzony cukier. Jeżeli leczenie rozpocznie się wcześnie, można nawet ciężkie przypadki wyleczyć, co spostrzeżenie autora potwierdza.

Badania powyższe wskazują, że w leczeniu, zwłaszcza zapobiegawczem, ciężkich zatruć ciążowych wielkie znaczenie ma pożywienie roślinne zawierające dużo węglowodanów.

Puppel. *W sprawie cięcia cesarskiego.* Sprawozdanie statystyczne z okresu 10-letniego. Na 9,216 porodów 82 przypadki śmierci (0,9%). Z 123 cięć cesarskich zmarło 7 (6%), dzieci zmarło 19 (18%), powikłań po cięciu cesarskiem 36 (31%). Zdaniem autora na wynik pooperacyjny wpływa bardzo badanie wewnętrzne po pęknięciu pęcherza. Dlatego też obecnie nie bada zupełnie wewnętrznie przypadków przeznaczonych do cięcia cesarskiego. Przecięcie spojenia łonowego stosuje rzadko z powodu znacznej śmiertelności i licznych obrażeń. Inne liczne daty statystyczne w tekście.

Hossmann Ewa. *Odczyn kantarydynowy i okres miesiączkowy.* Badania autorki miały dać odpowiedź na pytanie, jak przedstawia się wysięk zapalny pęcherza powstałego po kantarydynie w czasie regularności u kobiet zdrowych lub chorych lecz niegorączkujących.

Badania przeprowadziła u 15 kobiet. Wynik ich jest następujący: U 10 kobiet ilość składników (limfocytów) tuż przed regularnością lub na początku tejże była najniższa i zwiększała się pod koniec lub tuż po regularności. U pozostałych 5-ciu kobiet wartości te właśnie przed regularnością były wyższe a w czasie lub po regularności niższe. Przyczyny tego różnego zachowania się nie umie autorka wyjaśnić. Wyniki pierwszych 10-ciu badanych kobiet, które przeważnie były zupełnie zdrowe, nasuwałyby pewną analogię z badaniami Gellera, dotyczącemi zmiany bakterjobójczości krwi w okresie regularności, a wykazującemi spadek przed, a wzmożenie podczas i po regularności.

Neumann. *„Salpingitis isthmica nodosa a adenomyosis tubae".* Badania embrjologiczne potwierdzają ponownie rozwój przewodów Müllera. Aż do wytworzenia się gotowego jajowodu nie znalazł autor nigdy jakiejś nieprawidłowości rozwojowej lub zawiązku tejże, zawsze stwierdzał otwarty kanał, nigdy żadnych uchyłków ani też zlewania się fałdów. To samo stwierdzić mógł w obrazach histologicznych 45 par jajowodów donoszonych noworodków ludzkich.

Szczególniej w 7, 8 i 9-tym miesiącu znajduje się tkanka podśluzowa złożona z licznych komórek jak z komórek okrągłych, wrzecionowatych i gwiaździstych, a więc z elementów tkanki łącznej embrjonalnej, niezróżniczkowanej. Tkanka ta należy do normalnego objawu rozwoju trąbki i nie ma nic wspólnego z cytogenną tkanką błony śluzowej macicy kobiety dojrzałej.

Okresowe zmiany nabłonka jajowodu kobiety dojrzałej naogół mógł autor w badaniach swych potwierdzić. Natomiast przeczy stanowczo na podstawie swych badań istnieniu zwieracza trąbki, zwłaszcza takiego, któryby się dał wykazać histologicznie.

Nie podziela autor zdania, aby *Salpingitis i. n.* i *Adenomyosis t.* stanowiły jeden i ten sam obraz chorobowy. Zdaniem jego przy *Salp. i. n.* rozchodzi się o sprawę zapalną, która przekroczyła granice nabłonka jajowodu, podczas gdy *adenomyosis t.* przedstawia bujanie *endometrium* w trąbce.

Pozorny brak dających się drobnowidowo wykazać zmian zapalnych przy *Salpingitis i. n.* nie przemawia wcale przeciwko zapalnemu pochodzeniu tej sprawy. W przyszłości poleca autor zwracać baczną uwagę na wywiady u tych chorych. Przebyta dawniej sprawa zapalna nie musi przy tem wcale być umiejscowiona w narządzie rodnym. W obrazach drobnowidowych, należy dalej zwracać szczegółową uwagę na zmiany w naczyniach. Ponadto w przypadkach *Salpingitis i. n.* nie rzadko stwierdza się równocześnie puchlinę jajowodu.

Adenomyosis tubae uważa autor za schorzenie występujące tylko u kobiet dojrzałych, które nie ma nic wspólnego z *Salpingitis i. n.*, które atoli wspólnie z niem może występować. Co do etjologii tego cierpienia przyjmuje 3 możliwości:

1. Dalszy rozwój *adenomyosis uterina.*
2. Heteroplazja w sensie Roberta Meyera i
3. Przeniesienie mechaniczne świeżych żywotnych cząstek błony śluzowej macicy.

Schäfer i Witte: *Badania nad granicą i udoskonaleniem ścisłości pomiarów rentgenologicznych miednicy w pozycji siedzącej.*

Na podstawie przeprowadzonych badań dochodzą autorowie do wniosku, że przez wyszukanie popełnianych błędów stwarza się najkorzystniejsze warunki dla rentgenologicznych pomiarów miednicy w pozycji siedzącej. Źródła tychże są następujące:

Niedokładne nastawienie odległości ogniska od płyty, fałszywe wymierzenie wysokości spojenia łonowego i złe nachylenie sprzężnej prostej do poziomu.

Z obliczeń matematycznych wynika, że jeśli się chce popełnić jak najmniejszy błąd nachylenia, to centrowanie teoretycznie musi tak wypaść, że ognisko znajduje się na linji prostej, przebiegającej pomiędzy temi dwoma punktami, między któremi znajduje się wzgórek kości krzyżowej przy największem nachyleniu do poziomu.

Z powyższego wynika, że teoretycznie przy każdem oddaleniu ogniska od płyty, każdej wysokości spojenia łonowego i każdej długości sprzężnej prostej centrowanie jest jak najkorzystniejsze. Praktycznie można wybrać pewne pośrednie centrowanie które niezgodne będzie z odległością od ogniska, ale zgodne z długością sprzężnej prostej i wysokością spojenia łonowego. Zwiększenie odległości ogniskowej od płyty zmniejsza błąd pomiaru, o ile przestrzega się tego warunku centrowania.

Aby nachylenie sprzężnej prostej do poziomu możliwie jak najbardziej zmniejszyć, a równocześnie otrzymać korzystne położenie punktu centrowania i korzystną odległość ogniskową, wybrano zamiast 5-go 4-ty krąg lędźwiowy. Jako najlepszą odległość ogniska od płyty wybrano przy tem 110 cm przy centrowaniu, o ile możności, na wewnętrzny brzeg spojenia łonowego. Odległość tę wybrano na podstawie uzasadnień, które w pracy obszernie są omówione. Przy tem nastawieniu popełnić można przy długości sprzężnej prostej 10 cm błąd największy 3,5 mm, który przy zdjęciach sprzężnej prostej jest jeszcze mniejszy.

Aby jeszcze dokładniej obliczyć długość sprzężnej prostej jak na to pozwala zdjęcie w pozycji siedzącej, zastosowali autorowie metodę skombinowaną, polegającą na połączeniu zdjęcia w pozycji siedzącej ze zdjęciem bocznem. Przy pomocy tych 2 zdjęć uzyskuje się oprócz jaknajdokładniejszej długości sprzężnej prostej przegląd płaszczyzny wchodu i zarysów miednicy.

Zdaniem autorów pomiary rentgenologiczne dają nam już obecnie dostateczne wyobrażenie o postaci i wymiarach miednicy kobiecej — dla celów położniczych, potrzebne jest jeszcze uzupełnienie naszych wiadomości co do wielkości główki, nad czem w dalszym ciągu pracują.

Terruhn: *W sprawie techniki rentgenologicznych zdjęć ciąży i profilu miednicy według Guthmanna.* Zdjęcia macicy ciężarnej jakoteż profilu miednicy wykonuje autor w ułożeniu ciężarnej na bok, jak to poleca Guthmann, którego technikę uprościł i udoskonalił, co w pracy obszerniej omawia.

Wehefritz i Gierhake: *O zawartości mocznika w łożysku.* Badania autorów potwierdzają, że w łożysku znajduje się mocznik i to w dość znacznej ilości, gdyż w warunkach normalnych ilość jego wynosi przeciętnie 11,7 mm %. W przypadkach zatruć ciążowych ilość ta znacznie się zwiększa, a w drgawkach dochodzi do 50 mg %.

Uwzględniwszy biologiczno - chemiczne działanie mocznika, przyjąć można, że oprócz innych zwiększona jego ilość może być przyczyną toksyczności łożyska.

Antoine Tassilo: *Preparaty sporyszowe a zgorzel połogowa.* Opis 2 przypadków zgorzeli kończyn u położnic gorączkujących, którym podawano preparaty sporyszowe.

Przypadek I. Ciężki obraz gorączki połogowej. Zgorzel obu kończyn dolnych. Pacjentka otrzymała 0,05425 gynergenu. Śmierć. Obdukcja wykazała zakrzep wszystkich, nawet najdrobniejszych żył kończyn dolnych, żyły głównej wraz z żyłami nerkowemi.

Przypadek II. Połóg gorączkowy. 5 ccm ergostabil. Zgorzel lewej kończyny dolnej. Amputacja. Wyleczenie. Tętnice zwężone, żyły częściowo zajęte zakrzepami.

Autor nie uważa za przyczynę zgorzeli podowanie sporyszu. W pierwszym przypadku uważa za tę przyczynę rozległe zakrzepy żył, w drugim stan gorączkowy.

Etjologja zgorzeli spastycznej w ogóle jest niejasna. Sporysz w etjologji tej może grać rolę uczulającą, a tem samem ułatwiającą skurcz naczyń wywołany innemi czynnikami.

Działanie ergotaminy na układ nerwowy autonomiczny objawia się zwykle porażeniem nerwu współczulnego. Znane są atoli przypadki, gdzie działanie to powodowało porażenie nerwu błędnego. To różne działanie tłumaczyć można zmiennym stanem poszczególnych okolic układu autonomicznego, zależnym od konstytucji i innych okoliczności. Tylko czysty alkaloid gwarantuje specyficzne działanie sporyszu.

Wirz: *Stężenie jonów wodorowych krwi w ciąży normalnej i patologicznej.* Doświadczenia przeprowadził autor u 81 ciężarnych i rodzących, u 15-tu z nich kilkakrotnie. Wyniki badań podaje w licznych tabelach. Dochodzi do wniosku, że jeśli słuszne jest przypuszczenie, iż *hydrops gravidarum, nephropathia* i *eclampsia* są tylko różnem co do nasilenia tem samem cierpieniem, to badania jego każą wnioskować, że zwiększenie stężenia jonów wodorowych w krwi chorych eklamptyczek nie może być przyczyną napadów drgawek. Inaczej musiałaby wystąpić reakcja kwaśna, choćby nawet słaba, przynajmniej we krwi kobiet z objawami preeklamptycznemi. Tak jednak nie jest i dlatego reakcja krwi może być tylko następstwem i skutkiem samego ataku drgawek.

Ponieważ upust krwi zmniejsza kwasotę krwi dlatego godny jest on polecenia i w przypadkach eklampsji. Leczniczo ważną również jest rzecza ominięcie względnie skrócenie pracy porodowej, która powoduje zwiększenie stężenia jonów wodorowych. Jeżeli do tego dołączy się jeszcze zwiększenie tego stężenia wskutek samych ataków drgawek, to łatwo wskutek sumacji może powstać taka zmiana reakcji krwi, która już grozi życiu podobnie jak w *coma diabeticum*.

W tej okoliczności może dopatrywać się należy przyczyny nagłej śmierci po wystąpieniu pierwszego ataku drgawek w czasie porodu, dla której nie znamy dotąd żadnych wyjaśnień anatomo-patologicznych.

W końcu zaleca autor w przypadkach eklampsji stosować naświetlania, gdyż przekonał się, że po naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi reakcja krwi staje się coraz więcej alkaliczna.

K. B. (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 18. — 1930.

K. Abel: *Znieczulenie miejscowe przy ginekologicznych i położniczych operacjach oraz jako środek dla przeprowadzenia bezbolesnego porodu.* Percain „Ciba".

Prof. Grober: *Co nazywamy terapją fizykalną i w jakim celu jej się uczymy.*

O. Mauthner: *Typowe uszkodzenia zawodowe w koksowniach, górnictwie i hutnictwie w zakresie organu słuchu i górnych dróg oddechowych.* 1) głuchota z powodu hałasu, 2) głuchota z powodu wstrząśnień, 3) nieżyty górnych dróg oddechowych, 4) oczoplas 5) zespół Ménière'a.

R. Gross i O. Scharf: *Przypadek ostrego wytrzeszczu oczu po grypie.*

H. Oppenheimer: *Urazowa atonja jelit,* spowodowana prawdopodobnie zatorami tłuszczowemi naczyń krezkowych po urazie ze złamaniem kości, a bez naruszenia ścian jamy brzusznej, opis 2 takich przypadków.

R. Rittmann: *O rozpoznaniu nadnerczaka.* Opis 2 ciekawych przypadków.

Dr. Rehder: *Zgłębnik jelitowy* użyty w celu leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy.

K. Bickhardt: *Godne uwagi przypadki odmy samoistnej.* 1) przez pęknięcie pęcherzyka w bliźnie szczytu płucnego, 2) przy raku oskrzeli, 3) przy dychawicy oskrzelowej.

A. Kirch: *Spostrzeżenia nad działaniem kamfory przy ropniach mózgu.* Opis dwu przypadków w których stosowanie *Ol. camphor.* wywoływało drgawki padaczkowe.

Dr. Langsdorff: *Ciąża pozorna.* Przypadek.

E. Risak: *O znajdowaniu leucyny i tyrozyny w moczu.* Substancje te znajduje się przy autolitycznych, rozpadowych procesach; o ile w przypadkach chorób wątroby, to przy ciężkiem jej uszkodzeniu. Oprócz 3 przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby opisuje znajdowanie leucyny i tyrozyny przy rozpadającym się raku oskrzeli.

Dr. Hayward: *Konsyljum chirurgiczne.* (d. c. n.).

Siran. Percain.

W. Brandis: *Impotentia coëundi et incontinentia urinae et alvi — organiczne czy funkcjonalne?* Dział ubezpieczeń.

A. E. Lampé: *O dusznicy bolesnej.* Referat, (dok. n.).

Nr. 19. — 1930.

O. von Franqué: *Powstawanie i leczenie rzucawki porodowej.* Zaleca naprzód próby zachowawczego postępowania przed zdecydowaniem się na zabieg chirurgiczny.

F. Reiche: *Gospodarka wodna i diureza.*

G. Zuelzer: *Kliniczne znaczenie hormonu sercowego „Eutonon".*

G. Lepehne: *Nadnerczak z wytworzeniem torbieli.* Opis przypadku.

O. Nebesky: *Tymczasowe doświadczenia w leczeniu raka szyjki macicy wyłącznie naświetlaniem.* Statystyka 121 przypadków. Autor jest zwolennikiem kombinowanego naświetlania radem i Roentgenem.

H. Steinitz i A. Casper-Fürstenheim: *Forma poronna choroby Stilla ze sclerodermją.* Opis przypadku.

G. Salus: *W sprawie epidemjologji i profilaktyki duru brzusznego.* Polemika z F. Wolterem. Podnosi znaczenie dyspozycji.

Dr. Hayward: *Konsyljum chirurgiczne.* (d. c. n.).

Progynon. Allonal. Agarol.

A. E. Lampé: *O dusznicy bolesnej.* (dok.). Referat.

Nr. 20. — 1930.

W. Trendelenburg: *Zadania nauczania fizjologji w lekarskiem wykształceniu.*

L. Casper: *Wskazania w leczeniu przerostu sterczu.* Prostatectomia jedynie racjonalny zabieg; 8% śmiertelności pooperacyjnej na skutek powikłań.

J. Jacobi: *O rozpoznaniu pęknięcia tętniaka mózgu.* Opis sekcjonowanego przypadku *aneurysma dissecans infectiosum art. cerebri mediae.*

H. Steinitz: *Rozpoznanie nerek torbielowatych.* Opis przypadku.

K. Imhäuser: *Przyczynek do choroby papuziej.* Przetwory chininowe podawane w zastrzykach z dobrym skutkiem. Opis przypadku.

E. Lichtmann: *O skutku leczenia dietą wątrobową w przypadku haemoglobinuria paroxysmalis.* Wynik bardzo dobry.

H. Donalies i J. Schmidt: *Przyczynek do znajomości promienicy płuc.* Trudności rozpoznawcze przy niewytworzeniu się przetoki. Opis przypadku.

E. von Thurzó: *Organizm padaczkowy i objawy tego schorzenia.* Zwraca uwagę na znaczenie systemu nerwowego wegetatywnego, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Rozpoznawczo ucieka się do wywoływania ataku przy pomocy wstrzyknięcia adrenaliny i hyperwentylacji płuc.

Ph. Kuhn: *Dalsze doniesienia o bakterjach i pettenkoferjach.*

Dr. Hayward: *Konsyljum chirurgiczne.* (d. c. n.).

Eutirsol. Klimova.

Dr. Schnitzer: *Odrzucenie wniosku o uszkodzenie w służbie wojskowej z powodu rzekomo urazowej gruźlicy.* Dział ubezpieczeń.

F. Boenheim: *Endokrynologja.* Piśmiennictwo. Referat.

Nr. 21. — 1930.

H. Richter: *Badanie aparatu przedsionkowego i jego kliniczno-rozpoznawcze znaczenie.*

W. Benthin: *Rozpoznawanie mięśniaków.* (dok. nast.).

K. Wolff: *Dalsze doświadczenia w leczeniu niedokrwistości złośliwej.* 89 przypadków. Prócz leczenia wątrobowego podnosi znaczenie transfuzji. Równowartościowość różnych preparatów wątroby. Zwiększa dawkę do 1.000—1.200 g dziennie aż do zniknięcia urobiliny i urobiligenu z moczu. Nie reagują na nową terapję głównie przypadki, gdzie znajdujemy poniżej 30% Hb.

D. Pulvermacher: *Kleszcze Zweifel'a* — opis i zalety.

A. Stern: *Okresowe porażenie nerwu odwodzącego.* Opis przypadku.

F. Baumann: *Kazuistyczny przyczynek do t. zw. Lymphadenosis aleucaemica acuta.*

A. Meyer: *Toksyczne uszkodzenie aparatu siateczkowego jako skutek leczenia salwarsanem.*

F. Lebermann: *Schorzenie nerek czy hypothyreosis?* Zależność funkcji nerek od wydzielania wewnętrznego tarczycy — opis 2 przypadków.

K. Staunig: *Związek miedzy medycyną i naukami przyrodniczemi.*

Neophen.

Elastoplast (materjał opatrunkowy).

O. Strauss: *O raku i jego leczeniu.* Referat. (d. c. n.).

Nr. 22. — 1930.

I. Boas: *O wczesnem rozpoznawaniu i przewidywaniu raka żołądka i jelit.* Wykształcenie lekarzy prowincjonalnych w zakresie podejrzanych objawów i przymusowe masowe badania jako drogi do wczesnego rozpoznania raka przewodu pokarmowego przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych środków pomocniczych badania.

R. Stern: *Chemja i biologja koloidów.*

W. Benthin: *Rozpoznawanie mięśniaków.* (dok.).

H. Löhe i K. Blümmers: *Dalsze spostrzeżenia nad ziarnicą pachwinową w Berlinie.* Obraz kliniczny schorzenia.

E. Wiltafsky: *Przyczynek do kazuistyki ostrej atonji żołądkowo-dwunastniczej.* Przypadki pooperacyjnej i samoistnej atonji, przy których musi być pewna predyspozycja systemu nerwowego wegetatywnego. Rokowania bardzo poważne. Opis przypadku.

F. Lasch: *Leczenie siarką duszności starczej.* Siarka 2½‰, około 10 injekcyj, 2—3 razy tygodniowo. Rezultaty bardzo dobre szczególnie przy typie dusznicy oskrzelowej z ostremi napadami.

C. E. Schuntermann: *Kliniczne i terapeutyczne doświadczenia na 650 przypadkach zapalenia płuc płatowego.* Statystyka. Stosowanie chininy zmniejsza dwukrotnie śmiertelność, preparaty należy stosować jaknajwcześniej pod stałą kontrolą ciśnienia krwi i nie odstawiać ich zbyt wcześnie, aby uniknąć powikłań, które są częstsze przy stosowaniu chininy — jak sądzi z powodu niedostatecznej jej ilości.

W. Blumenthal: *O patologji i leczeniu wymiotów.* Dłużej trwające wymioty prowadzą do acetonemji, która wtórnie wywołuje dalsze wymioty. W terapji dla usunięcia acetonemji podawać węglowodany i luminal dla zadziałania na centrum. Profilaktycznie dostarczać cukier.

H. J. Fuchs: *Stosunek krzepnięcia krwi do chorób zakaźnych i wewnętrznych.*

Chamomillysatum Bürger.

Nautisan.

W. Brandis: *Powstanie spondylolisthesis.* (Dział ubezpieczeń).

E. Stransky: *Psychoterapja.* Referat.

O. Strauss: *O raku i jego leczeniu.* Referat. (dok. nast.).

Nr. 23. — 1930.

H. Ulrici: *Leczenie jamy.*

G. Liebermeister: *Ukryte ogólne objawy gruźlicy i ich praktyczne znaczenie.*

H. v. Hayek: *Nowe drogi w zwalczaniu gruźlicy.* Przestroga przed schematyzowaniem i leczeniem każdego świeżego nacieku odmą piersiową.

W. Starlinger: *O ukrytych formach gruźlicy lymfo-hematogennej.* Opis objawów drugiego stadjum gruźlicy — endogennej superinfekcji. (Ranke, Neumann, Aschoff).

J. Bauer: *Rozpoznawanie gruźlicy ucha środkowego w wieku dziecięcym.* Oprócz innych dotychczas używanych sposobów rozpoznawczych szczepi śródskórnie sterylną wydzielinę ucha i otrzymuje pozytywną reakcję miejscową w postaci zaczerwienienia i nacieku.

St. Engel: *Przyczynek do poznania gruźliczego zapalenia opon mózgowych.* Próba tuberkulinowa śródskórna w 100% dodatnia, wybitny dermografizm, dodatnie badanie rentgenologiczne, znajdowanie prątków Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym.

J. Zadek: *Wyleczenie gruźliczego nieżytowego zapalenia płuc.* Trudności rozpoznawcze gruźliczego wysiękowego procesu płucnego mogącego dać zupełne wyleczenie, serowatego zapalenia płuc, nie specyficznej pneumonji płatowej lub zrazikowej oraz epituberkulicznego, okołoogniskowego zapalenia. Przytacza wyleczony zupełnie przypadek, którego specyficzna etjologja przyjęta została po wykazaniu kultury prątków Kocha i po szczepieniu pozytywnem na zwierzęciu, dlatego też nie można zaniedbywać tych dwu sposobów rozpoznawczych w wątpliwych przypadkach.

G. Simon: *Związek między rozstrzeniami oskrzeli i gruźlicą.* Podając przykłady opisuje przy jakich formach gruźlicy można oczekiwać wytworzenia się rozstrzeni.

E. Unshelm: *Trzeba dać pierwszeństwo próbie Moro czy próbie Pirquet'a?* W godzinach ambulatoryjnych próba Moro wygodniejsza ale często niewystarczająca.

B. Lange: *Znaczenie specyficznej odporności na zakażenie i przebieg gruźlicy.*

Acedicon. Enzypan.

Helon. Iminol. Salvysat.

Sandoptal. Sedormid.

W. Brandis: *Rozpoznanie zatrucia ołowiem.* (Dział ubezpieczeń).

O. Strauss: *O raku i jego leczeniu.* Referat. (dok.).

Nr. 24. — 1930.

Prof. Goldscheider: *Z zakresu patologji i terapji krążenia.* Podnosi znaczenie momentu psychiczno-nerwowego przy chorobach krążenia, zależności obwodu od centrum i odwrotnie oraz zwraca uwagę na zbyt częste stosowanie naparstnicy i strofantusa bez wyraźnego wskazania t. j. w przypadkach wyrównania akcji serca. (dok. n.).

J. Stutzin: *Zagadnienie masażu prostaty.* Zabieg nie mający żadnego usprawiedliwienia klinicznego, raczej szkodliwy, co też obszernie udowadnia.

S. Plaschkes: *Rozmieszczenie tłuszczu na brzuchu i jego rozpoznawcze znaczenie.* Szybkie orjentacyjne rozróżnianie otyłości od powiększenia zawartości jamy brzusznej przy pomocy porównania grubości powłok koło pępka i po bokach brzucha. Normalny stosunek 1 : 3.

L. Guttmann: *Znaczenie encephalografji w rozpoznawaniu i leczeniu mózgowego porażenia dziecięcego.* Możność rozróżnienia: *hemiatrophia cerebri cum porencephalia, atrophia cerebri,* zaburzeń wrodzonych rozwoju mózgu oraz procesów oponowych.

A. Moeller: *O zastosowaniu lampy Vitalux przy chorobach dróg oddechowych.*

H. Bix: *Objaw uciskowy strzałkowy i łydkowy.* 2 atypowe odruchy z palucha, niemające nic wspólnego z naruszeniem dróg piramidalnych, są tylko wyrazem podrażnienia obwodowego w zakresie *n. tibialis,* względnie *n. peronaeus commun.*

F. Mattausch: *O leczeniu gruźlicy płuc wyciągiem krwi baraniej.* Hémoplase Lumière.

A. Rikl: *Doświadczenia nad rezultatem naświetlania śledziony w przewlekłej białaczce szpikowej.* Opis przypadku naświetlanego z dobrym wynikiem. Statystyka 31 chorych.

I. Gurwitz: *Badania nad stosunkiem streptococcus haemolyticus do płonicy.* Nie można łańcuszkowców znajdowanych w preparatach z gardła uważać za miarodajne dla rozpoznania lub możliwości zakażenia płonicą.

O. Pollwein: *Pernocton w zastosowaniu do leczenia poronień.* *Hypnoticum* stosowane dożylnie zamiast narkozy eterowej.

M. Misch: *Leczenie fissura ani.* Opis przyrządu własnego pomysłu.

K. H. Link: *Obrzęk urazowy i ocena wypadku.* (Dział ubezpieczeń).

S. Rosenblat: *Kliniczno-chemiczne wiadomości laboratoryjne.* Referat.

Powązka (Kraków).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 17. — 1930.

Prof. Kirch: *Patogeneza i następstwa rozszerzenia i przerostu serca.* (Artykuł poglądowy).

Freud, de Jongh, Laqueur i Münch: *O męskim hormonie płciowym.* Technika uzyskania hormonu, doświadczenia na zwierzętach.

Prof. Heubner: *O objawach zatrucia po dużych dawkach vitasteriny.*

Geréb i Laszlo: *Znaczenie skóry w przemianie solnej i wodnej.* Badania wpływu hypertonicznych rozczynów soli na zachowanie się tejże we krwi, skórze i wydzielanie z moczem wykazały, że skóra może znaczną część zastrzykniętych chlorków wchłonąć i utrzymać jeszcze w 4 godziny po zastrzyku. Pituitryna powoduje znaczne wydzielanie chlorków przez nerki, hamuje gromadzenie się soli w skórze, zwiększa ilość chlorków we krwi, w następstwie jednak wzmożonego wydzielania chlorków przez nerki ilość tych ciał we krwi szybko wraca do normalnego poziomu.

Wermer: *O zastosowaniu wyciągów z tylnego płatu przysadki mózgowej w znieczuleniu miejscowem.* Do używanej w znieczuleniu miejscowem kokainy lub nowokainy dodaje się zazwyczaj adrenalinę, której działanie wywołuje jednak niekorzystne objawy uboczne. Mianowicie powoduje adrenalina podrażnienie nerwu współczulnego, głównie w zakresie narządu krążenia, w postaci bicia serca, objawów przypominających dusznicę bolesną, drżenie, stany zapaści, wzmożenie parcia krwi. Zwłaszcza często występują te objawy przy operacjach w zakresie głowy i szyi. By uniknąć tych nieprzyjemnych powikłań, dodawać można zamiast adrenaliny wyciągu z tylnego płatu przysadki. Czyste rozczyny hypophysyny stosowane śród- i podskórnie ($^1/_{10}$ jednostki Vogtlin w 1 cm^3 rozczynu fizjologicznego) wywołują po kilku minutach znieczulenie miejscowe utrzymujące się 3—4 godziny, pozatem wywołują anemję przez działanie na naczynia włosowate, w przeciwieństwie do adrenaliny, która działa na tętnice przedwłosowate.

Neumann: *Brak wypełnienia komór na encephalogramie.*

Vogl: *Mechanizm i leczenie zaburzeń oddechania, pochodzenia ośrodkowego.* Ze spostrzeżenia, że podczas bezdechu przy objawie Cheyne-Stokes'a dobrowolne oddechanie jest niemożliwe, wynika, że dla skoordynowania czynności mięśni oddechowych konieczne są podniety centralne. Dla pobudzenia ośrodka oddechowego przy Ch.-St. użyto dożylnie euphylliny, dzięki czemu dało się opanować zaburzenie oddechania niezależnie od podstawowej choroby. Euphyllina działa też dobrze w innych postaciach dyspnoe, w niewyrównanych wadach serca. Składnikiem działającym euphylliny ma być aethylendiamina.

Heexen i Hummel: *Przesunięcie Ph we krwi po wdechiwaniu mieszaniny kwasu węglowego z tlenem.*

Bürgi: *Chlorofil jako materjał wzrostowy.* Chlorofil jest ogólnem tonicum dla ustroju, wywiera wpływ podniecający na serce i układ nerwowo-mięśniowy. Od r. 1921 datują się badania, czy chlorofil wywiera wpływ na wzrost. Wykazano, że chlorofil zawiera, albo adsorbuje witaminę A.

Doenecke: *Ilość trombocytów w ostrych schorzeniach nerek.* W ostrych rozlanych kłębuszkowych zapaleniach nerek ilość płytek jest mniej lub więcej zmniejszona, jednak niema objawów skazy krwotocznej, a nieznaczna hematurja nie jest związana z trombopenją.

Scherer: *Przypadek anaemia perniciosa ze zwężeniem jelita cienkiego.* Pacjentka l. 44 z typowemi objawami *an. perniciosa* cierpi na uporczywe biegunki, przytem wykazuje objawy nadczynności gruczołu tarczykowego: wytrzeszcz, powiększenie tarczycy, wilgotna skóra, wypadanie włosów, wzmożenie przemiany spoczynkowej. Pozatem pewne zaburzenia ze strony gruczołów przytarczycznych i nadnercza. Ze względu na dokuczliwe objawy jelitowe wykonano zabieg operacyjny, który wykazał zwężenie jelita cienkiego tuż przy ujściu do *coecum*, spowodowane zmianą gruźliczą.

Prof. Külbs: *Grypa w zimie 1928—1929.* Epidemja grypy w r. 1929 klinicznie podobna była do grypy w r. 1918—19, śmiertelność jednak była bardzo nieznaczna w porównaniu z r. 1918. Zarazek tej epidemji dotychczas jest nieznany.

St. Dziuba

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego, odbytego w dniu 30 września 1930 r.

1. Kol. Prezes zawiadamia o śmierci dwu członków Towarzystwa: ś. p. E. Żebrowskiego i K. Noiszewskiego, oraz o mającej się wkrótce odbyć akademji ku uczczeniu Ich pamięci. Zebrani uczcili Zmarłych przez powstanie z miejsc.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości, iż członek Towarzystwa, kol. Michałowicz został obrany rektorem Uniwersytetu Warsz., zaś kol. A. Leśniowski dziekanem Wydziału Lekarskiego. Kol. Zdz. Michalski został habilitowany na docenta chorób wewnętrznych.

3. Kol. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Bibljoteki T-wa.

4. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17 czerwca 1930 r. przyjęto bez zmian.

5. Kol. Wiceprezes ogłasza wyniki konkursu im. F. Sommera. Na wniosek Komitetu Konkursowego Zarząd przyznał stypendjum Drowi Franciszkowi Raszeji za pracę monograficzną pod tytułem: *„Doświadczalne i kliniczne badania nad jontoforezą"*.

6. Kol. A. Freyd wygłosił odczyt p. t.: *„Patologja Dorzecza Amazonki"*. Peru. Brazylja. (Polskie tereny kolonizacyjne). (Streszczenie własne).

Prelegent w roku 1928, w charakterze delegata Rządu przeprowadzał badania nad zdrowotnością terenów, przeznaczonych na przyszłą kolonizację polską, położonych nad rzeką Ucayali (dopływ Amazonki) w Peru.

Najstraszliwszemi plagami, gnębiącemi miejscową ludność, w znakomitej większości złożoną z Indjan. — są: ankylostomiaza, czerwonka pełzakowa, zimnica i choroby u nas zupełnie nieznane, jak — pian, *leishmaniasis, ulcus tropicum, caraté, „nodosités juxta-articulaires"* etc.

Niezwykle bogaty materjał badawczy (przeszło 4.000 przypadków) kliniczny i laboratoryjny ułatwił prelegentowi porobienie szeregu spostrzeżeń. Mianowicie:

1) Stovarsol jest doskonałym środkiem zapobiegawczym przy zwalczaniu pianu.

2) *Ol. chaulmoograe*, poza specyficznem działaniem na prątki Hansenx'a jest najprawdopodobniej pierwszorzędnym środkiem przeciwczerwiowym.

3) Caraté i Beri-beri są chorobami bezwzględnie infekcyjnemi.

4) W etjologji *„nodosités juxta-articulaires"* powtarzany stale uraz miejscowy nie odgrywa żadnej roli.

5) *Blastomycosis* występuje prawie zawsze jako wtórne powikłanie *leishmaniasis.*

6) Niedokrwistość tropikalna nie istnieje jako samodzielna jednostka chorobowa, a zawsze jest schorzeniem wtórnem.

7) W dorzeczu Ucayali z chorób „europejskich" nie spotyka się nigdy duru plamistego i brzusznego, durów rzekomych, tężca, nagminnego zapalenia płuc, róży, płonicy i błonicy.

Na zakończenie prelegent wyliczył i opisał szereg zwierząt szkodliwych — stawonogów, gadów, ryb i ssaków (wampiry).

Odczyt uzupełniły pokazy przywiezionych okazów zwierzęcych i roślinnych (rośliny lekarskie Indjan) i b. liczne przeźrocza.

7. Z dziedziny „badań nad rozpoznawaniem cukrzycy" kol. J. W. Grott wygłosił doniesienie I, z pracy wykonanej wspólnie z kol. Fr. Kowalskim i St. Windygą p. t.: *„Wahania krzywej cukru we krwi po glukozie u zdrowych"*. (Streszczenie własne).

W celu ustalenia wahań krzywej cukru we krwi po 50 g glukozy u zdrowych, autorzy zbadali 159 osób, w tem 81 wojskowych w wieku od lat 20 do 26, oraz 78 osób cywilnych różnego wieku i różnej płci. Wszyscy badani byli uznani za klinicznie zdrowych.

W wyniku tych badań, opartych prawie na tysiącu określeń cukru we krwi, otrzymano następującą wspólną przeciętną krzywą po obciążeniu ustroju 50 g glukozy.

0'	30'	45'	60'	1½ godz.	2 godz.	2½ godz.	3 godz.
87,1	143,6	145,2	126,2	95,2	78,7	72,9	80,6

Normalne wahania cukru we krwi naczczo wynosi od 60 do 110 mg.

Pozatem po dokladnem rozważeniu zbadanego materjału wynika, że w sprawie maksymalnych norm dla cukru we krwi udało się autorom ustalić co następuje: poziom cukru we krwi naczczo nie powinien przekraczać 110 mg; po obciążeniu 50 g glukozy normalny szczyt krzywej nie przewyższa 180 mg; po upływie 1½ godz. krzywa powinna obniżyć się conajmniej do 110 mg; po 2 i 2½ godz. poziom cukru we krwi obniża się jeszcze bardziej i zwykle waha się w granicach normy naczczo t. j. od 60 do 110 mg.

W pewnych wyjątkowych razach można uznać przemianę węglowodanową jeszcze za prawidłową, a mianowicie, gdy:

1) Poziom cukru we krwi naczczo wynosi od 111 do 120 mg, a po 50 g glukozy pozostałe elementy krzywej są prawidłowe.

2) Szczyt krzywej jest nadmiernie wysoki t. j. 181—200 mg, lecz naczczo, a zwłaszcza po 1½ godz. znajduje się w granicach normy.

3) W 1½ godz. po 50 g glukozy przecukrzenie krwi jest większe od 110 mg, lecz niższe po 2 godz. Poziom naczczo i szczyt krzywej jest prawidłowy.

4) W 2 godz. po 50 g glukozy poziom cukru we krwi jest wyższy od 110 mg, lecz niższy po 1½ godz. przy pozostałych elementach krzywej prawidłowych.

W dyskusji kol. Orłowski W. podkreśla, iż należy wykonywać badania nietylko całości substancyj redukujących krwi, ale również samej glukozy, ten sposób prowadzenia badań przemiany węglowodanowej może być istotnie krokiem naprzód w omawianej dziedzinie. Prosta metoda, opracowana w Zakł. Chemji Fizjologicznej Uniwersytetu Poznańskiego daje możność wykazania, jaka część substancyj redukujących przypada na glukozę. Mówca zaznacza dalej, iż kol. Prelegent otrzymuje zbyt niskie wartości dla cukru naczczo (60 mg %). Jak wiadomo z badań Hochreicha i Meiera, przebyte choroby zakaźne doprowadzają do zaburzenia przemiany węglowodanowej. Za zdrowe więc, odpowiadające warunkom wymaganym, należy uważać te osoby, które w ostatnich 3—4 miesiącach nie przybyły żadnej choroby zakaźnej; nawet zwykłe zapalenie migdałków pozostawia zaburzenie węglowodanowej przemiany materji. Badacze ci stwierdzili, iż poziom kwasu mlecznego u tego rodzaju chorych jest 2 albo 2¼ raza wyższy od normy.

Chcąc badania wykonywać wyłącznie na osobnikach zdrowych trzeba wziąć pod uwagę również konstytucję badanego, uwzględnić obecność chorób przemiany materji w rodzinie.

Mówca wreszcie podkreśla skrupulatność badań kol. Grotta.

Odpowiedź kol. Grotta. (Streszczenie własne). W swem przemówieniu p. prof. Orłowski poruszył dwie bardzo ważne sprawy. Pierwsza z nich dotyczy określania zamiast cukru, czystej glukozy we krwi. Otóż praca nasza ma cel czysto praktyczny, gdyż dąży do podania lekarzowi praktykowi norm, niezbędnych dla oceny przemiany węglowodanowej. W dzisiejszym stanie nauki, badania nad glukozą mogą być wielce obiecujące, jednak dla praktyki nie są tak dostępne, jak zwykłe określanie cukru we krwi. Pozatem prace nad cukrem we krwi mają za sobą swoją tradycję oraz sprawdzian czasu, co stanowi ich wielką zaletę. Wobec powyższego w rozpoznawaniu cukrzycy, badania, oparte na określaniu cukru we krwi, najprawdopodobniej jeszcze przez długi czas zachowają swoją moc.

Druga jeszcze bardziej ważna sprawa, którą poruszył p. prof. W. Orłowski dotyczy trudności jakie napotyka klinicysta przy ocenie zdrowia ludzi badanych w eksperymencie. Zdając sobie dokładnie sprawę z tego rodzaju trudności, staraliśmy się ich, według ludzkiej możności, uniknąć. Dane nasze, jak to zaznaczyłem w referacie, dotyczą ludzi, uznanych za klinicznie zdrowych. By uniknąć możliwych pomyłek oparliśmy pracę naszą na dużym materjale obejmującym 159 osób, u których wykonano prawie tysiąc określeń cukru we krwi. Wśród nich było 81 wojskowych, ludzi młodych, w wieku od 20 do 26 r. życia, sprawnych fizycznie i pełniących służbę czynną. Uwaga p. prof. W. Orłowskiego co do wpływu, nawet najlżejszej infekcji na zachowanie się przemiany węglowodanowej jest najzupełniej słuszna. Miałem możność przekonać się o tem w swej pracy dotyczącej zawartości cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych. (Pol. Arch. Med. Wewn. T. VI. z. 2, 1928 r.) Dr. J. W. Grott: *„Badania nad zawartością cukru we krwi w ostrych chorobach zakaźnych"*, wykonanej w r 1926/27 w I. Klinice Wewnętrznej Uniw. Warsz., będącej wówczas pod kierownictwem p. prof. W. Orłowskiego.

Opierając się na danych, przytoczonych we wspomnianej pracy nie mogę zupełnie zgodzić się ze zdaniem autorów, cytowanych przez p. profesora, że nawet po lekkiej infekcji u ludzi zdrowych zaburzenia w przemianie węglowodanowej mogą utrzymywać się w ciągu kilku miesięcy. Wśród zbadanych przezemnie sześćdziesięciu (60) przypadków tylko po wyjątkowo ciężkich chorobach zakaźnych trzeba było dłużej czekać na całkowity powrót krzywej cukru we krwi do normy. Zresztą u 81 wojskowych badania nasze były wykonane w końcu maja, oraz w czerwcu ub. r. t. j. wśród warunków atmosferycznych mało sprzyjających powstawaniu t. zw. małych infekcyj.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 7 października 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 32, wprowadzonych gości 36.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30 września 1930 r. przyjęto bez zmian.

2. Kol. S. Cytronberg wygłosił z serji „Badań doświadczalnych nad czynnością wydzielniczą i wchłaniającą jelita cienkiego" doniesienie I. p. t. „Metodyka operacyjna. Wydobywanie soku jelitowego. Wprowadzanie różnych płynów do pętli wyodrębnionej". (Streszcz. wł.).

I. Na wstępie swego odczytu prelegent przytacza główne cechy najważniejszych metod zakładania przetoki jelitowej (Thiry, Thiry-Vella, Hermann-Pawłów, Babkin-Sinelnikow, Gliński, London, Thiry-Pawłow, Bickel, Szamow, Hirschberg) oraz wskazuje, dlaczego obrał dla swoich celów metodę Thiry-Vella. Następnie prelegent omawia kilka ważniejszych szczegółów techniki operacyjnej, stosowanej przezeń. Przytacza on także spostrzeżenie, poczynione w czasie sekcji operowanych psów, mianowicie, że odległość szwu zespoleniowego od kątnicy była po śmierci zwierząt wyraźnie większa, niż za życia i objaśnia to zjawisko przypuszczeniem, że napięcie (tonus) warstwy podłużnej mięśniówki jelita powoduje za życia skrócenie jelita.

II. Na podstawie szeregu doświadczeń własnych prelegent przyszedł do wniosku, że zgłębnikowanie przetok jelitowych powoduje znaczne wzmożenie się ilości otrzymanego soku nietylko dlatego, że wprowadzony zgłębnik drażni mechanicznie śluzówkę jelita i wywołuje wzmożenie się jej czynności wydzielniczej, lecz także dlatego, że zgłębnik chroni wydzielony sok przed wtórnem wessaniem. Opierając się na tych doświadczeniach prelegent wydobywał sok jelitowy w swoich doświadczeniach późniejszych przy pomocy 2 zgłębników, zaopatrzonych w 10 otworów bocznych, a wprowadzonych wgłąb pętli jelitowej, aż do jej przeciwległego końca.

III. Autor przytacza swój sposób wlewania różnych płynów do przetoki jelitowej oraz wyciągania tych płynów z powrotem

3) *Dyskusja.*

Kol. Horodyński przypomina badania Pawłowa, tyczące otrzymywania soku psychicznego oraz otrzymywanego zapomocą karmienia urojonego.

Kol. Roguski podkreśla znaczenie zgłębnika, dla usunięcia oporu ze strony tkanki otaczającej otwór zewnętrzny przetoki.

Kol. Orłowski W. podkreśla, iż prelegent nie miał zamiaru badać wpływ podniet mechanicznych na wydzielanie soku jelitowego. Przez poprowadzenie zgłębnika Prelegent starał się zapobiec wchłanianiu soku jelitowego przez niżej położone odcinki. Usterką pewną w pracy prelegenta jest to, iż bez pomocy zgłębnika wydobywa on sok jelitowy w ciągu 2 godzin, zaś przy pomocy zgłębnika w ciągu 3-ch; uchybienie to nie wpłynie jednak na zachowanie się wyników i wniosków z pracy.

Kol. Cytronberg. Wszyscy niemal badacze zgadzają się na to, iż podrażnienie mechaniczne jelita cienkiego wzmaga jego wydzielanie. Prelegent starał się jaknajbardziej zmniejszyć działanie czynnika mechanicznego. Działanie różnych bodźców rozpatrzy w następnych doniesieniach. Prelegent mierzył ilość soku co godzinę: w ciągu każdej z dwu pierwszych godzin wydziela się soku więcej niż w ciągu trzeciej.

4. Kol. J. Rutkowski wygłosił odczyt „O wskazaniach do przetaczania krwi" (Streszcz. własne). Po usunięciu niebezpieczeństw, które groziły dawniej wskutek nieznajomości grup krwi, i po przełamaniu trudności technicznych, leczenie za pomocą przetaczania krwi rozpowszechnia się coraz bardziej.

Prócz ostrej niedokrewności, przy której skuteczność przetaczania krwi bije w oczy, przybył cały szereg nowych wskazań do tego zabiegu, jak niedokrewność wtórna, pewne skazy krwotoczne (krwawiączka i małopłytkowość), obniżenia krzepliwości wtórne (cholemja), jako przygotowanie do zabiegu pacjentów wyniszczonych chorobą, w stanach osłabienia pooperacyjnego (duża utrata krwi, osłabienie mięśnia sercowego), przy spadku ciśnienia krwi wskutek wstrząsu, w zakażeniach ostrych i przewlekłych w niedokrewności złośliwej, przy ranach źle gojących się, rozległych oparzeniach i przewlekłych owrzodzeniach, w zatruciach z uprzednim upustem krwi, wreszcie u osesków w ciężkiej niedokrewności pokarmowej, skazach krwotocznych, zapaleniach ropnych pęcherza i miedniczek. Prelegent miał prawie we wszystkich tych przypadkach

dobre wyniki bądź stałe, bądź przejściowe (skazy krwotoczne, niedokrewność złośliwa). W przypadkach krwotoku jelitowego przy durze brzusznym i w mocznicy (z uprzednim upustem krwi) wynik był zły. W ciężkich zakażeniach ogólnych prelegent miał naogół bardzo dobre wyniki: wyleczenie następowało po 1-o, 2-u lub 3-y krotnem przetaczaniu. W ostatnich czasach prelegent zaczął stosować przetaczanie krwi uodpornionej bądź szczepionkami, uzyskanemi od chorego, bądź szczepionkami nieswoistemi (propidon). Na zakończenie prelegent wypowiada zdanie, że wobec rozpowszechniania się leczenia zapomocą przetaczania krwi i pomnażania ilości płatnych krwiodawców, wszyscy krwiodawcy zawodowi winni być zarejestrowani w odpowiednim urzędzie, któryby dostarczał ich i miał pod swoją kontrolą. W klinice chirurgicznej 2-giej U. Warsz. wszyscy krwiodawcy, którymi rozporządza klinika, są zaopatrzeni w odpowiednie książeczki kontroli.

Dyskusja.

Kol. Gerner. Większą wartość, niż przetaczanie krwi mają w krwawiączce wstrzykiwania surowicy. W zakażeniach odgrywa rolę, jak twierdzą niektórzy, nie samo przetaczanie krwi, ale wstrząs, towarzyszący wielokrotnym wstrzykiwaniom surowicy. Mówca wspomina o nowej modyfikacji strzykawki służącej do przetaczania.

Kol. Goldman patrzy na przetaczanie krwi, jako na fakt przeszczepiania tkanki. Omawiany sposób leczenia winien objąć nietylko poszczególne kliniki, ale zatoczyć winien szerokie kręgi. Krew cytrynjanowa staje się niekorzystna, a nawet szkodliwa dopiero w wielkich dawkach.

Kol. Filinski nie zgadza się z Prelegentem, iż w niedokrwistości z powodu krwotoku wewnętrznego przetaczanie krwi jest niewskazane, mimo, iż niezawsze jesteśmy pewni, czy źródło krwawienia jest opanowane, w ciężkiej niedokrwistości tego typu, przetaczanie stosować należy. Wynik ujemny badania krwi dawcy na odczyn Wassermanna nie wyklucza możności istnienia zakażenia kiłowego u badanego.

Kol. Roguski zapytuje, czy wskazanem jest wykonywanie każdorazowe aglutynacji surowicy dawcy z krwinkami odbiorcy i odwrotnie: krwinek dawcy z surowicą odbiorcy. Sprowadzanie wstrząsu przy pomocy surowicy ludzkiej, jak to zalecają autorzy cytowani przez kol. Gernera wydaje się mówcy niecelowem, gdyż istnieje znaczna ilość środków mniej cennych do wywołania wstrząsu w celach leczniczych.

Kol. Rutkowski zaleca przetaczanie krwi w krwawiączce w przypadkach przed operacją. Ci, którzy opanowali technikę przetaczania krwi będą zabieg ten stawiali wyżej, niż wstrzykiwanie krwi cytrynjanowej. Są zresztą bardzo proste metody przetaczania krwi w strzykawce Beccarda. W przypadkach świeżych krwotoków wewnętrznych należy być ostrożnym i przetaczać ilości małe. Sposób badania na izoaglutyniny, o którym mówił kol. Roguski jest najpewniejszy, musimy jednak liczyć się częstokroć z czasem, a posiadając dawców o określonej grupie krwi wykonujemy badanie przy pomocy surowic wzorcowych.

Protokół Posiedzenia naukowego z dnia 14 października 1930 r.

Obecnych członków T-wa 37, gości 30.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 7 X. 1930 r. — przyjęto.

2) Kol. Higier przedstawiał przypadek *„Paralysis traumatico-tardiva n. ulnaris"*. (Streszcz. własne). 29-letni piekarz, pracujący przeważnie prawą ręką, obserwuje u siebie od roku postępujący zanik mięśni drobnych kiści *(interossei, lumbricales, hypothenar, adductor pollicis)* bez wybitnego osłabienia siły. Zniekształcenie, *mass en griffe, contractura Dupuytren,* osłabienie pobudliwości elektrycznej wspomianych mięśni, nieznaczne drętwienie 4 i 5 palców.

Dokładne badanie stwierdza porażenie *n. ulnaris* bez wyraźnej etjologji zakaźnej, toksycznej, urazowej lub zawodowo-piekarskiej.

Badanie zajętego nerwu *in sulco n. ulnaris* stwierdza mocne zgrubienie jego, a zdjęcie rentgenowskie stawu łokciowego odkrywa zniekształcenie wskutek dawno zapomnianego urazu z lat dziecinnych mianowicie oderwanie *condyli externi humeri* (fractura condylica). Wskazana jest interwencja chirurgiczna. Taka *Spätlähmung* niemców *Paralysie tardive* francuzów należy do rzadkości, tembardziej, że zanik dzieli od urazu z górą 20 lat.

3. Kol. N. Pryłucki wygłosił odczyt p. t. „Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwistości złośliwej a leczenie wątrobą" (streszcz. wł.).

Na wstępie prelegent omawia klinikę zaburzeń nerwowych w przebiegu niedokrwistości złośliwej i poszczególne postacie tych zaburzeń. Nieco dłużej prelegent zatrzymuje się nad cierpieniami, umiejscowionemi w rdzeniu kręgowym: zmiany w rdzeniu dotyczą głównie sznurów tylnych i bocznych, a więc wyłącznie istoty białej, nie mają wcale cech zapalnych i polegają na ogniskowem, lub, o ile sprawa trwa dłużej, powrózkowem zwyrodnieniu rdzenia. Wykładnikiem klinicznym procesu chorobowego, toczącego się w rdzeniu, jest *myelosis funicularis posterior, lateralis* lub *posterior et lateralis.* Według Lauterbacha *myelosis funicularis* w przebiegu niedokrwistości złośliwej może przybierać formy następujące: a) postać spastyczna, b) ataxia spinalis, c) ataxia cerebellaris, i d) tylko parestezje.

Po pobieżnem zobrazowaniu poglądów na patogenezę i etjologję schorzeń nerwowych w przebiegu n. z., prelegent szczegółowiej rozpatruje stosunek wzajemny tych dwóch cierpień; jest zagadnieniem wysoce ciekawem i niezmiernie zawiłem znalezienie ogniwa, łączącego obie sprawy. W chwili obecnej ścierają się dwa zasadnicze zapatrywania: według jednego oba cierpienia są zewnętrznym przejawem tej samej zasadniczej choroby, jakiegoś zatrucia ustroju, a zatem są to choroby niejako skoordynowane, zaś według drugiego są to dwa cierpienia wzajemnie sobie podporządkowane, ale co do czasu niezależnie od jakiejkolwiek kolejności, to znaczy, że raz mogą wystąpić przedewszystkiem objawy n. z., innym razem objawy tylko cierpienia nerwowego. Prelegent raczej przychyla się do poglądu pierwszego. Co do częstości występowania zaburzeń nerwowych łącznie lub w przebiegu n. z., według prelegenta nie sposób wyrobić sobie jasny pogląd na tę kwestję, albowiem statystyki, podawane przez różnych autorów i różne kliniki widział tylko 2 powikłane schorzeniem nerwowem, a Cabot na 1200 tylko 129 — inni autorzy, jak Curschman, Hamilton, Henneberg tak bardzo się różnią, że gdy n. p. Türck na 80 przypadków n. z. etc. określają liczbę powikłań ze strony układu nerwowego w przebiegu n. z. na 75—100 procent. Zdaniem prelegenta zasługują na uwagę badania Rosenowa, Seyderhelma i inn., które niejako wskazują na to, że zmiany w rdzeniu mogą istnieć od samego początku wystąpienia znamion niedokrwistości złośliwej, lecz mogą nie ujawniać się jakimkolwiek zespołem klinicznym, o ile chory zmarł wskutek natężenia zmian chorobowych we krwi. Naturalnie nie wolno przytem negować znaczenia momentu konstytucjalnego, tembardziej, że niektórzy autorzy (Liepelt, Rothe, Matthes) mieli możność obserwowania rodzinnego występowania n. z., powikłanej zmianami w rdzeniu, nawet w trzech pokoleniach.

Z kolei prelegent przechodzi do omawiania istoty i wartości teorji wątrobowej w przypadkach n. z. powikłanych zaburzeniami nerwowemi. Prelegent przytacza opinje różnych europejskich i amerykańskich badaczy, którzy stosowali leczenie wątrobą w takich przypadkach oraz ich spostrzeżenia. Prelegent nie zgadza się z twierdzeniem autorów amerykańskich Murphy'ego i Minot'a, że terapja wątrobowa jest leczeniem przyczynowem i uzdrawiającem, oraz z twierdzeniem Pala, że o ile wątroba będzie we właściwym czasie zastosowana, to nie dojdzie do zaburzeń nerwowych. Na zasadzie własnych spostrzeżeń, coprawda na skąpym jeszcze materjale, oraz na zasadzie licznych doniesień z piśmiennictwa, prelegent przychodzi do wniosku, że wątroba jest środkiem leczniczym objawowym, działającym jednostronnie i to tylko na układ krwiotwórczy, zaś zanotowane przez niego samego i przez innych autorów przypadki poprawy w zakresie centr. układu nerwowego, należy rozpatrywać tylko jako wynik podniesienia siły mięśniowej i ogólnej poprawy.

Dyskusja.

Kol. Apfelbaum (str. wł.). Skoro prelegent część referatu przeznaczył na omówienie zagadnienia patogenezy n. z., należało podkreślić przedewszystkiem najnowsze pojęcia w tej dziedzinie. Zgodnie z temi poglądami czynnik bakteryjny i awitaminoza stanowią I-szy etap badań i odgrywają przypuszczalnie rolę dodatkową, głównie zaś wchodzą w rachubę zaburzenia biochemiczne ustroju, a przedewszystkiem bezsok żołądkowy, wyprzedzający stale wybuch choroby. Upośledzenie konstytucyjne niezawodnie wchodzi tu w rachubę, wpływając na czynność żołądka, wątroby i szpiku. Szereg badań w tym kierunku daje nowe wytyczne lecznictwu n. z. nietylko wątrobą ale i tkanką żołądkową.

Co się tyczy wpływu podawanej wątroby na n. z., o czem też prelegent mówił, i tu można było potraktować zagadnienie to szerzej, opierając się na nowych statystykach, w których mnożą się nietylko zastrzeżenia w dziedzinie jej skuteczności, ale i ostrzeżenia o jej szkodliwości w szeregu przypadków.

Skoro prelegent już poruszył sprawę pierwszeństwa odkrycia leczenia n. z. wątrobą, to nie sięgając do czasów zamierzchłych, o których prelegent wspomina, przypomnę jedynie, że myśl tę podał fizjolog Cooper, wyprzedzając o lat 10 Whippla i Minot'a.

Poprzestając na tych krótkich uwagach na temat patogenezy n. z., nie wchodzący w zakres dzisiejszego referatu, przejdę do tematu właściwego t. j. do omówienia szeregu zastrzeżeń w rozważanem przez prelegenta zagadnieniu zaburzeń nerwowych w przebiegu n. z.

Poruszony temat jest obecnie traktowany z największą ostrożnością przez czołowych badaczy w tej dziedzinie, to też uważam wnioski prelegenta za conajmniej przedwczesne i nieuzasadnione wobec nikłego materjału, jakim prelegent operuje (5 przypadków). Hematolodzy, operujący dziś największym materjałem statystycznym, podają tylko przypadki kazuistyczne, nie ważąc się nietylko na omówienie skuteczności wątroby na przebieg cierpień nerwowych i psychicznych w n. z., ale nawet na próbę dokładniejszej klasyfikacji tych cierpień. Przyczyna tkwi w tem, że okres badań w tym zakresie jest zbyt krótki, a więc względna liczba przypadków w stosunku do skali cierpień jest zbyt mała.

Za pewnik uważać jedynie dziś można pogląd, że 1) nieznana neurotoksyna atakuje układ nerwowy i wegetatywny w całości. 2) objawy kliniczne są najczęściej mało współmierne do zmian anat. patol. W zakresie zaburzeń psychicznych rozciągających się od lekkiej depresji aż do najcięższych psychoz poprzez stany paranoidalne oraz objawy schizofrenji, cierpienia te nie mają żadnego wykładnika w zmianach anat. patol. mózgu, gdzie najczęściej spotykamy stale jednakowe obrazy w postaci ogniskowych zaników komórek kory, glejowacejących w różnych miejscach guzków, wreszcie wałów komórkowych dookoła martwiejących tkanek. Spostrzega się nawet odczyny paradoksalne: leczenie wątrobą powoduje zwolnienie choroby, a jednak objawy psychiczne, bądź nerwowe, nasilają się.

Zmiany w rdzeniu dotyczą nietylko, jak prelegent zaznaczył powrózków tylnych i bocznych, lecz niejednokrotnie spotyka się zmiany w rogach tylnych, a nawet przednich. Również nerwy obwodowe ulec mogą pewnemu zwyrodnieniu. I tu zależności objawów klinicznych od zmian anat. patol. doszukać się jest rzeczą niełatwą, wbrew temu, co prelegent mówił.

Na podstawie większej liczby spostrzeżeń starano się przed 2-a laty wysunąć koncepcję kliniczną 2-ch typów chorób nerwowych: 1) typu tabetycznego, poddającego się leczeniu wątrobą, 2) oraz opornego typu spastycznego. Już dziś jednak w świetle większego materjału klinicznego koncepcja ta zdaje się być nierealną. Względy powyższe naprowadzają niektórych na myśl objawowego grupowania leczonych przypadków np. przeważa zdanie, że o ile odruchy ścięgniste są zachowane, wyleczenie jest możliwe.

Z powyższego widzimy, jak chwiejne są w tej dziedzinie poglądy i jak ryzykownem jest wyciąganie wniosków.

Niesłuszną jest uwaga prelegenta, opierająca na jednostronnem materjale statystycznym oraz na własnych kilku przypadkach (nie mogących wchodzić w rachubę), że większość przypadków niedokrwistości złośliwej jest dotknięta, a nawet poprzedzona chorobami nerwowemi. Większe statystyki przeczą temu.

Poza tem muszę odrzucić inne wnioski kliniczne prelegenta, jako oparte na znikomym materjale klinicznym i niczem zresztą nieumotywowane, a więc: 1) powiedzenie: „zmiany w rdzeniu były małe, dlatego cofnęły się" — zagadnienie to jest przedmiotem szerokiej dyskusji i nie może być tak łatwo w jednem powiedzeniu rozstrzygane.

2) Wniosek: „leczenie wątrobowe doprowadzić może do cofnięcia się objawów nerwowych" jest nieścisły, gdyż większość zaburzeń nerwowych zachowuje się właśnie opornie na leczenie wątrobowe, jakkolwiek zdarzają się przypadki, podobne do omówionego przez prelegenta (Bubert, Mason i inni).

3) Spostrzeżenie: „żadnego ubocznego działania wątroby na ustrój nie było" jest przedwczesne i ogólnikowe, nad tem zagadnieniem, związanem z patogenezą n. z.toczy się szeroka dyskusja.

Kol. M o d r a k o w s k i. Przy stosowaniu surowej wątroby lub niedostatecznie oczyszczanych wyciągów, możliwe jest występowanie objawów ubocznych. Do czystych wyciągów należy zaliczyć amerykański preparat Minot'a do wstrzykiwań. Zastosowanie leczenia wątrobowego niedokrwistości złośliwej jest istotną zasługą Minot'a i Murphy'ego, bo odkrycie na nowo, choć Hippokrates już stosował wątrobę. Ciekawą jest rzeczą, czy w przypadkach, w których stwierdzono brak zjawienia się kwasu solnego pod wpływem leczenia wątrobowego, była robiona próba histaminowa i jakie dawała przed leczeniem wyniki. (Streszcz. wł.).

Kol. H i g i e r (Streszcz. wł.) uważa, że niedokrwistość złośliwa i jej myelopatje są względnie rzadsze u nas, niż zagranicą, rzadsze we Francji i Włoszech, niż w Niemczech i Ameryce. W północnych Niemczech N o n n e i M i n n o t przed laty opisywali dużo takich przypadków z Hamburga, a ostatnio C u r s c h m a n n z małego miasta uniwersyteckiego (Rostock) 300 obserwacyj, amerykanie operują również materjałem ze stu i więcej spostrzeżeń jednego szpitala żydowskiego. Według częstości kroczą objawy patologiczne w następującym porządku: zmiany we krwi, achlorhydria, glossitis Hunteri. Objawy rdzeniowe, mózgowe i psychiczne są o wiele, wiele rzadsze, ale nieraz poprzedzają wszystkie inne.

Gdzie poprawa występuje, to najbardziej dotyczy ona krwi, najrzadziej achlorhydrji, objawy zaś nerwowe zajmują miejsce pośrednie. Systemowe czyli układowe cierpienia rdzenia — kombinierte Systemerkrankung — z zajęciem pęczków przedniobocznych, bocznych i tylnych, znane są od bardzo dawna (Kahler-Pick z Wiednia przed laty 40-tu), a nazwę myelosis funicularis czyli myelopatji degeneracyjnej w odróżnieniu od myelitis czyli sprawy zapalnej wprowadził nie w r. 1928, lecz przed 15-tu laty Henneberg z Berlina.

Higier uważa, że stosowniejszą jest nazwa choroby Biermera, jako nie przesądzająca nic, tembardziej, że sama niedokrwistość stanowi tylko jeden z objawów i to niekoniecznie pierwszy w przebiegu choroby.

Ciekawą jest rzeczą, że nie niedokrwistość per se daje te zaburzenia w układzie nerwowym, gdyż przy innych ciężkich krwotokach, ostrych i przewlekłych z następową niedokrwistością (anaemia posthaemorrhagica, anaemia ex ulcere gastrointestinali, botrio-cephalica, haemolytica, malarica, carcinomatosa, heredoluetica, pseudoleukaemica, leukaemica) nie znajdujemy tych zmian. Widocznie jad swoisty wywołuje współrzędnie niedokrwistość z rozpadem ciałek krwi oraz myelopatje z rozpadem myeliny, gleju i cylindrów osiowych. *Achylia gastrica i glossitis chronica* nasuwają myśl, że jad wewnątrz ustroju powstały, wsysa się przez błonę śluzową żołądka i kiszek i działa toksemicznie na krew i tkankę nerwową. Pozostaje zagadnienie, dlaczego zwykła achylia gastrica w raku żołądka, lues congenita i w postatorium chronicum nie prowadzi stale do tych uszkodzeń rdzenia. Pierwotna koncepcja neurologów była ta, że nie wylewy do szarej substancji, lecz jad wybiorczy doprowadza do zwyrodnienia wybiorczego poszczególnych torów czyli pęczków. Zmienność, przelotność, obostrzenia i zwolnienia, zobojętnienie jadu przez produkty wątroby przemawiają również za autointoksykacją.

Co do działania wątroby Higier nie posiada własnego doświadczenia, a z piśmiennictwa opinje brzmią nader rozbieżnie. Amerykanie naogół polecają ogromne dawki wątroby przez 1 do 2 lat bez przerwy.

Kol. F i l i ń s k i (streszcz. wł.) oświadcza, że, sądząc z referatu prelegenta i z jego materjału, obejmującego pięć przypadków, i z których trzy były dotknięte poważnem cierpieniem układu nerwowego, możnaby pomyśleć o ich niezwykłej częstości w przebiegu niedokrwistości złośliwej. W związku z tem kol. Filiński przytacza dane z materjału II kliniki chorób wewnętrznych U. W., za okres dziesięciolecia. Pomijając częściową lub całkowitą utratę przytomności, którą tłumaczy działaniem toksycznem lub niedokrwnością mózgu, pomijając drobne dolegliwości w postaci słabych parestezyj, nieznacznego osłabienia odruchów i t. p., kol. Filiński na 30 przypadków widział tylko 3, w których były przeważnie zmiany w układzie nerwowym. Będąc też przez lat kilka konsultantem kliniki chorób nerwowych U. W. kol. Filiński spotkał tam wogóle 3 przypadki niedokrwistości złośliwej, które trafiły do tej kliniki dzięki temu oczywiście, że miały poważne zmiany w układzie nerwowym.

W leczeniu tych zmian chorobowych w układzie nerwowym, które polegają na zwyrodnieniu, nie można się spodziewać poprawy, — chyba tylko wstrzymania dalszego rozwoju sprawy.

Kol. G o l d m a n Mieczysław — senjor, na 10 obserwowanych przez siebie przypadków niedokrwistości złośliwej nie spostrzegał nigdy senności. Leczenie wątrobą jest nieswoistem leczeniem objawowem. Przypadki, ulegające po leczeniu wątroba poprawie, zarówno pod względem hematologicznym, jak też neurologicznym mogą znajdować się w okresie przełomu samoistnego.

Kol. R o g u s k i wypowiada się przeciwko przypisywaniu zbyt wielkiej wagi obecności prątków okrężnicy w posiewach zawartości żołądka. Jałowe pobieranie soku żołądkowego jest bardzo trudne. Obecność zaś bakteryj w soku żołądkowym, pozbawionym kwasu solnego, wydaje się być zjawiskiem zupełnie zrozumiałem (streszcz. własne).

Kol. W. O r ł o w s k i podkreśla, iż klinika rozpoznaje obecnie chorobę Biermera w znacznie wcześniejszym okresie jej rozwoju nawet wtedy, gdy krew zawiera więcej, niż 100% hemoglobiny, a krwinek czerwonych więcej niż 5 miljonów. Warunkiem koniecznym dla uznania choroby za chorobę Biermera jest bezsoczność żołądka. Objawy nerwowe w przebiegu omawianego cierpienia spotyka się obecnie częściej, niż dawniej. Dzięki leczeniu wątrobą doprowadzamy chorych do okresu rozwiniętych zmian nerwowych, gdy dawniej chorzy umierali już przed wystąpieniem tych zmian. W początkowych okresach choroby Biermera bardzo często występują parestezje. (streszcz. własne).

Kol. P r y ł u c k i w odpowiedzi podkreśla istnienie w wyciągu wątrobowym 2 ciał: jednego o działaniu dodatniem, leczniczem, drugiego zaś — szkodliwem. Rozpoznanie neurologiczne u chorych prelegenta było ustalone przez neurologa.

4) Kol. Grott z serji „Badań nad rozpoznawaniem cukrzycy" wygłosił doniesienie II. p. t. „Znaczenie krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą dla rozpoznawania i leczenia cukrzycy" (streszczenie własne).

Na podstawie zbadania krzywej cukru we krwi po 50 g glukozy u przeszło 200 chorych na cukrzycę w ciągu ostatnich kilku lat, autor w następujący sposób streszcza wyniki swej pracy.

Badanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 g glukozy jest jak dotad rozstrzygającym czynnikiem w rozpoznawaniu cukrzycy.

Uniezależniając nas w ocenie przypadku od progu nerkowego pozwala uniknąć błędu dwojakiego rodzaju:

1) w razie stwierdzenia cukromoczu, powstałego tylko wskutek patologicznie obniżonego progu nerkowego unikniemy rozpoznania, a następnie i zbytecznego leczenia cukrzycy tam, gdzie jej niema.

2) w razie braku cukromoczu wskutek nienormalnie wysokiego progu nerkowego u chorego na cukrzycę, krzywa cukru we krwi po obciążeniu ustroju glukozą pozwala wykryć patologiczną przemianę węglowodanową, a co zatem idzie uchroni lekarza oraz chorego od przeoczenia potrzeby leczenia tam, gdzie ono jest niezbędne.

Podczas wykonywania próby obciążania ustroju 50 g glukozy dokładność badania wymaga:

1) by próbę wykonano na czczo w 12—14 godz. po ostatnim posiłku,

2) by przynajmniej na dwa — trzy dni przed próbą badany znajdował się na normalnej mieszanej diecie,

3) by przynajmniej na 2—3 dni przed próbą badany prowadził normalny tryb życia i to ze specjalnym uwzględnieniem potrzeby zachowania równowagi psychicznej,

4) próbę należy wykonywać w porze normalnego rannego posiłku,

5) podczas próby badany winien znajdować się w spoczynku i unikać zdenerwowania.

Zachowanie powyższych warunków należy specjalnie ściśle przestrzegać w przypadkach, wymagających rozstrzygnięcia co do możliwości istnienia początkowej cukrzycy.

W razie stwierdzenia cukrzycy ocena ciężkości przypadku powinna odbywać się na podstawie wzajemnego porównania wysokości krzywej cukru we krwi oraz cukromoczu. Wysokie krzywe zwykle odpowiadają cięższym przypadkom cukrzycy, niskie lżejszym.

Na podstawie porównania 67 krzywych otrzymanych przed leczeniem u chorych leczonych dietą tylko (gr. I), oraz 70 krzywych otrzymanych u chorych leczonych dietą i insuliną otrzymano następujące krzywe przeciętne.

Czas:	0'	60'	90'	2 g.	3 g.	4 g.	cukromocz.
I	175	310	287	311	200	170	9,42
II	266	402	399	374	337	272	29,47

Liczby wyrażają w miligramach ilości cukru w 100 cm kub. krwi.

Krzywe te, jako orjentacyjne, wskazują tylko, że jeśli chory zbadany przed leczeniem ma wykres zbliżony do wyskresu gr. I, to istnieje duże prawdopodobieństwo utrzymania go w dobrym stanie przy diecie około W - 100, B - 80, Tł. 120 i 500 g. zielonych jarzyn, bez insuliny. Jeśli zaś wykres jest zbliżony do krzywej gr. II to raczej okaże się konieczność równoczesnego stosowania insuliny.

Powtórne wykonane próby obciążania glukozą u chorego na cukrzycę pozwala porównać zachowanie się przemiany węglowodanowej w ustroju na poczatku leczenia z chwilą obecną. Możemy w ten sposób stwierdzać cofanie się lub postępowanie choroby naprzód.

W przypadku cukrzycy lekkiej lub w razie wysokiego progu nerkowego maskującego chorobę, powtórzenie próby stanowi nadzwyczaj cenny argument dobitnie przekonywujący zarówno lekarza, jak i chorego o potrzebie dalszego leczenia cukrzycy.

Dyskusja.

Kol. W. Orłowski wyraża zadowolenie, iż Prelegent odstąpił od proponowanej przez siebie w roku ubiegłym próbie obciażania ustroju węglowodanami przy pomocy miodu. Badania krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą jest bardzo wartościowe dla rozpoznania lekkich przypadków oraz pod koniec leczenia, dla sprawdzania jego wyników, natomiast w przebiegu leczenia i dla ustalenia ciężkości przypadku, krzywa cukry nie ma wielkiego znaczenia. Inne warunki rozstrzygają o ciężkości przypadku, a nawet o leczeniu; ma tu znaczenie przedewszystkiem zakwaszenie: miarą jego nie jest jednak ketonurja, a raczej ketonemja. Drugim czynnikiem, odgrywającym rolę w ocenie ciężkości przypadku, jest stan odżywienia chorego: mimo jednakowych krzywych cukru we krwi chorego źle odżywionego potraktujemy raczej insuliną, gdy otyłemu możemy zalecić parodniową (1—2 dni) nawet głodówkę.

Należy również nadawać znaczenie nie tyle wysokości krzywej cukru ile czasowi, po którym poziom cukru we krwi powraca do normy; im dłużej trwa wzmożenie zawartości cukru we krwi, tem przypadek należy uważać za cięższy (streszcz. wł.).

Kol. Grott (streszcz. wł.). Uwagi pana prof. Orłowskiego są słuszne i zupełnie zgodne z poglądami wyrażonemi w mej pracy. Doceniając należycie znaczenie innych metod badania oprócz krzywej cukru we krwi po obciążeniu glukozą na wstępie swego referatu zaznaczyłem: „Rozpoznawanie cukrzycy opiera się na 2-ch kategorjach objawów. Do pierwszej z nich zaliczyć należy wszystko to, co nam daje bezpośrednie badanie chorego połączone z wywiadami i obserwacja, do drugiej zaś dane uzyskane drogą badań pracownianych", a następnie omawiając znaczenie krzywych przeciętnych podkreśliłem jeszcze raz to samo w słowach: „Rzecz oczywista, że krzywa cukru we krwi wzięta oddzielnie stanowi tylko jeden z objawów, na których klinicysta musi oprzeć swe wnioski".

Również podkreśliłem, że najistotniejszą cechą krzywej cukrzycowej stanowi opóźnienie powrotu do normy. O sprawie tej bardziej szczegółowo będę mówił w ostatniej części mych badań.

Być może, że powyższe zdania za mało zostały podkreślone w toku obszernego referatu, wobec czego łatwo mogły ujść uwagi słuchacza. Dlatego też jestem bardzo wdzięczny panu profesorowi za zwrócenie mi uwagi na potrzebę lepszego uwydatnienia swych poglądów.

Jedynie co do próby miodowej podanej przezemnie przed rokiem muszę sprostować, że zaszło tu pewne nieporozumienie. Obciążenie ustroju rano na czczo w postaci: 100 g miodu, 75 g bułki i 2 szklanek herbaty nieocukrzonej, zaproponowałem nie dla oznaczenia krzywej cukru we krwi, lecz jedynie, jako próbne śniadanie węglowodanowe, po którem w praktyce powinno się badać mocz oddany w 2 godz. później na zawartość cukru. Należy tak postępować dlatego, że ujemny odczyn na cukier w moczu tylko wtedy ma znaczenie, gdy badamy mocz oddany w 2 godz. po obciążeniu węglowodanami.

Według mych poglądów wygłoszonych tu przed rokiem, miód ma służyć do wyeliminowania z pośród zdrowych ludzi osoby z podejrzanym cukromoczem. W razie najmniejszego podejrzenia co do możliwości istnienia cukrzycy, lub w razie stwierdzenia jakiegokolwiek cukromoczu, dla dalszego różnicowania przypadku zawsze proponowałem i proponuję zbadanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 g glukozy.

Sekr. doroczny: *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Unormowanie stosunków w świecie lekarskim. Naczelna Izba Lekarska kończy obecnie prace nad kodeksem deontologicznym, projektem nowelizacji Ustawy o Izbach Lekarskich i praktyce lekarskiej, oraz nad regulaminem wewnętrznym. Dla przyśpieszenia tempa pracy, z projektami temi zaznajomione zostały poszczególne terytorjalne Izby Lekarskie, celem wypowiedzenia się w zasadniczych punktach projektów. Po przyjęciu projektów przez Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, zostaną one rozesłane Izbom, dla ostatecznego przyjęcia. Prace powyższe mają na celu zasadnicze unormowanie stosunków w świecie lekarskim, oczekiwane już oddawna przez sfery zainteresowane.

Państwowy Zakład Higjeny rozpoczyna dnia 15 lutego 1931 roku trzymiesięczny wyższy kurs bakterjologji, parazytologji i nauki o odporności. Zajęcia praktyczne na kursie odbywać się będą codziennie z wyjatkiem świąt od godz. 9-ej rano do 1-ej pp., a wykłady od godz. 2-ej do 4-ej. Poszczególne działy wyłożą: prof. Bassalik, dr. Brokman, dr. Celarek, dr. Eisenberg, dr. Fejginówna, prof. Hirszfeld, prof. Gąsiorowski, prof. Gieszczykiewicz, dr. Karłowski, doc. Karwacki, doc. Kapuściński, prof. Nitsch, prof. Padlewski, dr. Palester, doc. Przesmycki, doc. Raabe, dr. Saski, doc. Sierakowski, prof. Szenajch, doc. Sparrow, doc. Szulc, prof. Szymanowski, prof. Weigl, dr. Wierzbowska, dr. Zdanowicz. Kierownikiem kursu jest doc. dr. Sparrow. Uczęszczać na wykłady może każdy interesujący się bakterjologją i nauką o odporności. Udział w zajęciach praktycznych i miejsce w pracowni otrzymać mogą tylko osoby, posiadające studja wyższe: lekarskie, farmaceutyczne, chemiczne i przyrodnicze, lub osoby które mogą się wykazać większym doświadczeniem w dziedzinie bakterjologji. Osobom, które odbędą w całości zajęcia praktyczne może być wydane odpowiednie

zaświadczenie. Opłata wynosi: 150 złotych za wykłady i 200 za udział w ćwiczeniach. Należność wpłacona być może w 2-ch ratach. Zgłoszenia kierować należy najpóźniej do dnia 15 stycznia pod adresem: Państwowy Zakład Higjeny, Chocimska 24, Warszawa, dr. H. Sparrow. Kandydaci proszeni są o nadesłanie: 1) podania, 2) odpisu dyplomu, 3) świadectwa z odbytej praktyki. Do dnia 1 lutego Państwowy Zakład Higjeny prześle zawiadomienia, czy kandydat został przyjęty.

Zwalczanie nielegalnego lecznictwa. Podług posiadanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych informacyj, coraz częściej zdarzają się wypadki wykonywania praktyki lekarskiej przez osoby, nie posiadające do tego uprawnień. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, uznając za wskazane podjęcie energicznej walki z tym niepożądanym objawem, zwróciło się z pismem okólnem do wojewodów i do Komisarza Rządu m. stoł. Warszawy, o zarządzenie, aby sprawy karno-administracyjne, wynikające na tle przekroczeń przepisów omawianej Ustawy, załatwiane były możliwie szybko, wymierzane zaś kary odpowiadały względom celowości. O ile więc stwierdzone będzie, że wymierzone kary grzywny nie powstrzymują skazanych od wykonywania praktyki lekarskiej, należy wykorzystać w całej pełni sankcje karne.

Szkoła dla służby szpitalnej. Dla zadośćuczynienia potrzebom wykształcenia niższej służby szpitalnej, Zarząd Wydziału Opieki Społecznej i Szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy zdecydował opracować zasady i podstawy specjalnej szkoły dla tej służby. W omawianej szkole, wykładane będą: budowa ciała ludzkiego, higjena osobista, higjena społeczna i zawodowa, pielęgniarstwo, choroby zakaźne, pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, zasady żywienia zdrowych i chorych, regulaminy szpitalne i t. d.

Przy Warszawskiem Tow. Higjenicznem został utworzony Wydział Racjonalnego Żywienia, z następującym programem działalności: 1. Zadaniem Wydziału jest zjednoczenie wszystkich organizacji lekarskich i społecznych, zainteresowanych w racjonalizacji żywienia, celom przeprowadzenia badań naukowych dla rozwiązania tego problemu, a także propagandy racjonalnego żywienia przy różnych warunkach wewnętrznych organizmu. Wydział będzie współpracował ściśle z organami państwowemi (wojsko) i samorzadowemi. 2. Dla planowego urzeczywistnienia zadania, Wydział dzielić się będzie na Sekcje, np.: naukowo-badawczą, propagandową, finansową i t. p. Przystępując do szerszej akcji w kierunku racjonalizacji żywienia, Wydział ma zaszczyt prosić o przybycie na inauguracyjne posiedzenie odbyć się mające w dn. 31 stycznia o godz. 8 wieczorem w lokalu Tow. przy ul. Karowej 31, z następującym porządkiem obrad: 1. Zestawienie listy delegatów. 2. Zagajenie. 3. Przemówienie przedstawicieli organizacji. 4. Ukonstytuowanie się pełnego Zarządu Wydziału. 5. Odczyt Dr. med. Prof. Jana Rapczewskiego p. t.: „Problemat żywienia w świetle ekonomji i fizjologji".

Stypendjum Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w sumie 1000 zł. przeznaczone dla studenta medycyny lub młodego lekarza na wykończenie rozpoczętej pracy naukowej, przyznane zostało w roku bieżącym 1930/31 p. Marjanowi Ostrouchowi, słuchaczowi VI. roku wydziału lekarskiego, na wykończenie pracy, wykonywanej w Instytucie Histologji i Embrjologji Uniwersytetu Warszawskiego pod kierunkiem prof. M. Konopackiego. Pracę naukową, wykonaną w roku 1930, p. Marjan Ostrouch złożył Towarzystwu w odbitce ze Sprawozdań z Posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego XXIII. 1930, Wydział IV.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie. We środę dnia 28. stycznia b. r. odbyło się o godzinie 7 wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska 1. 4 zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: I. Z Kliniki pediatrycznej U. J. Dr. Mróz. Przypadek ziarnicy złośliwej. II. Z Kliniki oto-rhino-laryngologicznej U. J. Dr. Miedoński. Nowy sposób postępowania przy operacji radykalnej ucha środkowego (z demonstracjami chorych).

IV. Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się w Krakowie w dniach 5. 6, 7 października 1931 roku. Tytuły referatów oraz wszelkie zapytania uprasza się kierować pod adresem Sekretarza Komitetu: Dr. Kadyi Kraków, Klinika Okulistyczna U. J. Kopernika 38. Przewodniczący: Prof. Dr. Majewski. Sekretarz: Dr. Kadyi.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. I. Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 23. stycznia, z następującym programem: 1) Prof. Dr. T. Ostrowski: Przypadek torbieli trzustki (pokaz). 2) Dr. K. Czyżewski: Przypadek choroby, wywołanej ukąszeniem przez szczura. (pokaz). 3) Doc. Dr. H. Hilarowicz: a) Przypadek usunięcia odbytnicy i macicy z powodu raka, (pokaz): b) Późne powikłanie zespolenia żoł.-jelit. (pokaz) 4) Dr. St. Hornung: W sprawie leczenia śledzioną gruźlicy płuc (wykład) W dyskusji przemawiali: Kol.: Nowicki, Legeżyński, Hilarowicz, Sołowij, T. Ostrowski, Marischler i Grabowski.

Wilno.

Na dorocznem zebraniu Wileńskiego Koła Towarzystwa Internistów Polskich na rok 1931 do Zarządu zostali wybrani: Prezes: prof. Dr. A. Januszkiewicz. Wiceprezes: Dr. H. Rudziński, Sekretarz: Dr. M. Świda, Skarbnik: Dr. J. Klukowski. Do Komisji rewizyjnej weszli: Dr. W. Bądzyński, Dr. M. Gojdź i Dr. A. Kapłon.

Wolne posady.

Starostwo Powiatowe Błońskie komunikuje, że jest do objęcia stanowisko sejmikowego lekarza rejonowego w osadzie Nadarzyn (do stacji kolejki elektrycznej 4 km, przy szosie Warszawa-Nadarzyn-Spała — autobusy kursują kilkanaście razy dziennie), z płacą 400 zł miesięcznie. Poza tem za udzielone porady w godzinach przyjęć wyznaczonych lekarz pobiera po 1 zł 50 gr, z czego dla lekarza przypada 1 zł i dla Sejmiku po 50 gr. Mieszkanie zapewnione. Wymagana jest conajmniej 2-letnia praktyka i znajomość akuszerji. Bliższe informacje na miejscu w Starostwie.

Wydział Powiatowy w Białymstoku komunikuje że w m. Zabłudowie, pow. Białostockiego, wakuje posada lekarza rejonowego i Kierownika Ośrodka Zdrowia z poborami wg. VIII grupy płac urzędników państwowych plus dodatek na mieszkanie. Prywatna praktyka lekarska dozwolona. Lekarz rejonowy jednocześnie może objąć stanowisko lekarza w Oddziale Kasy Chorych i przytułku dla starców w Zabłudowie. Posada do objęcia zaraz. Reflektanci na powyższą posadę winni składać oferty do Wydziału Powiatowego w Białymstoku.

W Wojsławicach, pow. Chełmski Woj. Lublin, wakuje posada dla lekarza posiadającego dłuższą praktykę lekarską. Warunki bardzo dobre. Bliższych informacyj na miejscu udziela apteka — w Warszawie telefonicznie Nr. 238124.

Wydział powiatowy w Wągrowcu (Woj. Poznańskie) ogłasza konkurs na stanowisko Dyrektora Szpitala powiatowego (100 łóżek) w Wągrowcu z uposażeniem według umowy. Posada nadana zostanie na jeden rok prowizorycznie, poczem po upływie tego czasokresu i zadawalniającej służbie nastąpi stabilizacja.

Ubiegający się o powyższą posadę winni posiadać następujące warunki: 1) obywatelstwo Państwa Polskiego. 2) Prawo praktyki w Państwie Polskiem. 3) Dowód kilkuletniej praktyki przynajmniej 5 lat praktyki chirurgicznej oraz ginekologicznej u specjalistów chirurgów-ginekologów. 4) Gruntowną znajomość z administracji i gospodarki szpitalnej. 5) Nieprzekraczalny 50 rok życia. 6) Nieposzlakowaną przeszłość, własnoręczny opis przebiegu życia (curriculum vitae). Podanie należycie udokumentowane, wnosić należy do Wydziału Powiatowego w Wągrowcu najpóźniej do dnia 15 lutego 1931 r.

Ze świata.

Calmette, omawiając w Presse Médicale (z 7 stycznia 1931) wyniki rozważań Wyższej Rady Higjeny Rzeszy Niemieckiej w sprawie znanych wypadków w Lubece, podkreśla następujące kwestie: 1) stwierdzono ponad wszelką wątpliwość (badania były początkowo utrudnione przez celowe zniszczenie wszystkich szczepów i zapasów szczepionek przez oskarżonego prof. Deyche), iż dzieci uodparniane przeciw gruźlicy otrzymały zamiast szczepu B C G szczep gruźlicy ludzkiej, który nawet prof. Br. Lange rozpoznał jako szczep własny, przed rokiem pracowni w Lubece przesłanym. Szczep ten odznaczał się względnie słaba zjadliwością, i dlatego zapewne z 251 zakażonych dzieci umarło dotychczas tylko 73. — Calmette podkreśla wagę odpowiednich urządzeń laboratoryjnych i ścisłej kontroli dla pewnego zapobieżenia tak tragicznym pomyłkom w przyszłości, wypowiadając się za tem, by prawo sporządzania szczepionek zarezerwowane było tylko niewielkiej ilości pracowni odpowiednio wyposażonych tak co do sprzętu technicznego, jak i personelu fachowego.